

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec **2002**



Rapport des Premières Nations
vivant hors communauté en milieu urbain





**COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR**

**FIRST NATION OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION**

CSSSPNQL/FNQLHSSC 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone: (418) 842-1540 Télécopieur/Fax: (418) 842-7045
www.cssspnql.com

© 2006

Tous droits réservés. Aucune reproduction, intégrale ou partielle, du présent document ne peut être effectuée sans l'accord préalable et écrit de la CSSSPNQL.

Illustrateur : Martin Aubry

Impression : Les Copies de la Capitale inc.

Le présent document a été imprimé sur du papier 100% recyclé. Il est aussi disponible en anglais sur le site web de la CSSSPNQL (www.cssspnql.com).

ISBN 0-9781634-2-7

Préface

L'équipe de recherche de la CSSSPNQL est très heureuse de vous présenter le rapport sur les membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain de *l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002*.

La planification de la deuxième vague de cette enquête a pris son envol en 2000 dans l'ensemble des 10 provinces du Canada. C'est finalement en 2002, après plusieurs années de planification et de négociation sur la question du financement que la deuxième cueillette d'information s'est concrétisée. Dans la région du Québec, vingt-trois (23) communautés ont pris part à cette enquête en plus de trois régions urbaines (Montréal, Québec et Val-d'Or). Au total, plus de 4 000 entrevues ont été réalisées. Cette enquête visait les enfants, les adolescents et les adultes.

Depuis la conclusion de la cueillette d'information en 2003, l'équipe de recherche au sein de la CSSSPNQL travaille à la réalisation des différents rapports. Trois années pleines de défis et d'expériences enrichissantes se sont écoulées entre la fin de la cueillette d'information dans les communautés de la région du Québec et la publication de ce rapport régional.

Trois rapports résultent de ce projet de recherche. Le premier rapport se concentre sur la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations qui vivent dans les communautés. Le deuxième se concentre sur la santé et le mieux-être des individus des Premières Nations qui vivent hors communauté en milieu urbain et, finalement, le troisième fait état de la situation du tabagisme chez les Premières Nations.

La CSSSPNQL se réjouit de l'intérêt et de l'enthousiasme manifestés par les membres des communautés. En effet, la CSSSPNQL a obtenu un taux de participation de 85,5% de la population visée, ce qui est excellent! Ce succès s'explique en partie par le fait que cette enquête est unique en son genre puisqu'elle est réalisée entièrement par les Premières Nations et qu'elle adopte une approche holistique qui tient compte de plusieurs déterminants de la santé.

Cette enquête est aussi longitudinale, c'est-à-dire qu'elle sera menée périodiquement à quelques années d'intervalles en vue de relever les changements qui touchent la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations participants, et ce, sur une période déterminée.

Suite à cette expérience, la CSSSPNQL souhaite fortement que la deuxième vague de cette enquête unique amorce une nouvelle ère sur le plan de la recherche communautaire chez les Premières Nations. Elle constitue un modèle de prise en charge de la recherche par les Premières Nations. Les rapports qui en découlent témoignent aussi de données validées scientifiquement et culturellement.

En outre, ce rapport régional est une source d'information précieuse qui servira à mieux comprendre l'état de santé global des membres des Premières Nations de la région du Québec, ainsi qu'à identifier les priorités sur lesquelles tablez dans les mois et années à venir pour améliorer la santé et le mieux-être des individus, des familles, des communautés et des Nations.

Ce rapport brosse le portrait de santé de 2002 des membres des Premières Nations. La CSSSPNQL estime qu'une réflexion plus approfondie intégrant une approche culturelle sur l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport est nécessaire pour bien cerner et orienter les actions à prendre dans le futur. La CSSSPNQL suggère ainsi aux responsables et aux décideurs des ordres régional et communautaire d'effectuer cet exercice et d'approfondir l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport. Ce rapport n'est pas une fin en soi, mais plutôt un outil reflétant la situation en ce qui concerne la santé et le mieux-être de nos frères et sœurs des Premières Nations de la région du Québec (excluant les Cris et les Inuit).

Bonne lecture.

Remerciements

La CSSSPNQL aimerait remercier tous les Chefs, au nom de leur communauté, qui ont accepté l'invitation de participer à cette enquête. Nous aimerions aussi remercier spécialement les Directeurs à la santé de ces communautés qui ont relevé le défi, qui nous ont fait confiance et, finalement, qui ont collaboré avec nous tout au long de ce processus. Un remerciement également aux responsables des établissements de santé qui ont ouvert leurs portes pour nous accueillir pendant la cueillette d'information.

Nous remercions également tous les intervieweurs de l'enquête, nos ambassadeurs, qui ont joué un rôle de premier plan dans cette étude tout comme les membres des communautés qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'enquête.

Un merci tout spécial aux membres du Comité de recherche régional des Premières Nations du Québec qui ont prodigué conseils et orientations tout au long de l'évolution du projet.

Merci aux organismes des Premières Nations et au Centre d'amitié autochtone de la région du Québec qui ont collaboré à la démarche et à la réalisation de cette enquête.

Nous désirons également remercier les membres de l'équipe de recherche du Centre des Premières Nations rattaché à l'Organisation Nationale de la Santé des Autochtones (ONSA) au plan national qui nous ont accompagné dans nos démarches régionales et qui ont accepté de partager leurs connaissances avec l'équipe de recherche de la CSSSPNQL.

Merci aux employés et à l'équipe de recherche de la CSSSPNQL pour leur soutien et le partage de leurs connaissances qui ont mené à la réalisation de ce projet d'envergure.

Enfin, megwetch, pour le soutien, la confiance et la compréhension manifestés tout au long de ce projet.

Nancy Gros-Louis McHugh
Coordonnatrice technique à la recherche

Table des matières

Section 1: Introduction	1
1.1 Objectifs de l'enquête	3
1.2 Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP).....	4
1.3 Méthodologie	5
1.3.1 Population de l'enquête.....	5
1.3.2 Échantillon de l'enquête	5
1.4 Cueillette des données	6
1.4.1 Sélection et formation des intervieweurs.....	6
1.4.2 Outils de saisie, de traitement et d'analyse de l'information	6
1.4.3 Questionnaires	6
1.5 Limites de la recherche	9
1.5.1 Sélection des répondants du volet « membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain »	9
1.5.2 Cueillette de données.....	10
1.5.2.1 Langue et traduction	10
1.5.2.2 Roulement des intervieweurs	11
1.5.2.3 Erreurs dues au répondant	11
1.5.2.4 Erreurs dues au questionnaire	11
1.5.3 Analyse des données et rédaction des rapports.....	12
1.5.3.1 Formation des employés	12
1.5.3.2 Roulement des employés.....	12
Section 2: La santé des enfants (0 à 11 ans).....	13
2.1 Profil démographique	15
2.1.1 Sexe, âge et lieu de résidence.....	15
2.1.2 Renseignements sur le ménage	15
2.1.2.1 Nombre de personnes dans les ménages.....	15
2.1.2.2 Logement.....	16
2.1.2.3 Niveau de scolarité des parents et des enfants.....	16
2.1.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle.....	16
2.2 État de santé.....	17
2.2.1 Problèmes médicaux et blessures physiques.....	18
2.2.2 Accès aux services de santé	18
2.2.3 Soins dentaires	18
2.3 Habitudes de vie	19
2.3.1 Alimentation.....	19
2.3.2 Activités physiques et activités sédentaires	20
2.3.2.1 Activités physiques	20
2.3.2.2 Programmes et loisirs.....	20
2.3.2.3 Activités sédentaires.....	21
2.3.3 Bien-être émotionnel et social.....	22
2.3.4 Service de garde.....	22
2.4 Conclusion de la section Santé des enfants (0 à 11 ans).....	22
Section 3: La santé des adolescents (12 à 17 ans).....	25
3.1 Profil démographique	27
3.1.1 Sexe, âge et lieu de résidence.....	27
3.1.2 Renseignements sur le ménage	27
3.1.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle.....	28

3.1.4	Éducation	29
3.2	État de santé	30
3.2.1	État de santé général.....	30
3.2.2	Problèmes médicaux et blessures physiques.....	31
3.2.3	Utilisation des services de santé	32
3.2.4	Soins dentaires	32
3.3	Habitudes de vie	32
3.3.1	Alimentation.....	32
3.3.2	Activités physiques et activités sédentaires	34
3.3.2.1	<i>Activités physiques</i>	34
3.3.2.2	<i>Programmes et loisirs</i>	34
3.3.2.3	<i>Activités sédentaires</i>	35
3.3.3	Style de vie	36
3.3.3.1	<i>Tabagisme</i>	36
3.3.3.2	<i>Consommation d'alcool</i>	36
3.3.3.3	<i>Consommation de drogues et de substances volatiles</i>	37
3.3.3.4	<i>Santé sexuelle – Contraception et maladies transmises sexuellement (MTS)</i>	37
3.3.4	Bien-être personnel et social.....	38
3.3.4.1	<i>Bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel</i>	38
3.3.4.2	<i>Indicateurs d'estime personnelle et d'autodétermination</i>	38
3.3.5	Agents de support	39
3.3.5.1	<i>Support social</i>	39
3.3.5.2	<i>Suicide</i>	41
3.3.5.3	<i>Pensionnats</i>	41
3.4	Conclusion de la section Santé des adolescents (12 à 17 ans)	41
Section 4: La santé des adultes (18 ans et plus)		43
4.1	Profil démographique.....	45
4.1.1	Sexe, âge et lieu de résidence.....	45
4.1.2	Langues des Premières Nations	45
4.1.3	Éducation	46
4.1.4	Emploi et revenu	47
4.1.5	Renseignements sur le ménage	48
4.1.6	Logement	48
4.1.6.1	<i>Accessoires ménagers</i>	48
4.2	État de santé	49
4.2.1	État de santé général.....	49
4.2.1.1	<i>Poids, embonpoint et obésité</i>	49
4.2.2	Problèmes médicaux.....	51
4.2.2.1	<i>Problèmes médicaux</i>	51
4.2.2.2	<i>Diabète</i>	52
4.2.2.3	<i>Consommation de médicaments non prescrits</i>	53
4.2.3	Blessures physiques.....	53
4.2.4	Invalidité et limitations des activités	54
4.2.5	Accès aux services de santé	54
4.2.5.1	<i>Médecine traditionnelle</i>	54
4.2.5.2	<i>Accessibilité aux soins de santé</i>	55
4.2.5.3	<i>Programme des services de santé non assurés (SSNA)</i>	56
4.2.6	Soins dentaires	56
4.2.7	Santé des femmes	58
4.2.7.1	<i>Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et effets de l'alcoolisation fœtale (EAF)</i>	58
4.3	Habitudes de vie	58
4.3.1	Alimentation.....	58
4.3.1.1	<i>Consommation d'aliments vides</i>	58

4.3.1.2	<i>Consommation d'aliments traditionnels</i>	59
4.3.1.3	<i>Modes de préparation de la viande et du poisson</i>	60
4.3.2	Activités physiques.....	60
4.3.3	Style de vie.....	62
4.3.3.1	<i>Tabagisme</i>	62
4.3.3.2	<i>Consommation d'alcool</i>	63
4.3.3.3	<i>Consommation de drogues</i>	64
4.3.3.4	<i>Santé sexuelle - Contraception et maladies transmises sexuellement (MTS)</i>	65
4.3.4	Soins de santé préventifs.....	66
4.3.4.1	<i>Consultation de guérisseurs traditionnels</i>	66
4.3.4.2	<i>Examens médicaux</i>	66
4.3.5	Pensionnats autochtones.....	67
4.3.6	Bien-être personnel et social.....	68
4.3.6.1	<i>Culture et spiritualité traditionnelle</i>	68
4.3.6.2	<i>Bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel</i>	68
4.3.6.3	<i>Indice d'autodétermination</i>	69
4.3.6.4	<i>Racisme</i>	70
4.3.6.5	<i>Agents de support</i>	70
4.3.6.6	<i>Suicide</i>	71
4.3.6.7	<i>Problèmes sociaux dans l'entourage du répondant</i>	72
4.4	Conclusion de la section des adultes (18 ans et plus).....	72
	Note finale.....	77
	Bibliographie.....	78
	Personnel impliqué dans l'ERLSPN de la région du Québec.....	80

Liste des graphiques

Graphique 1:	Évolution longitudinale de l'ERLSPN	3
Graphique 2:	Répartition des enfants selon le lieu de résidence	15
Graphique 3:	Nombre d'enfants à la maison, présenté par groupe d'âge	15
Graphique 4:	Niveau de scolarité des parents.....	16
Graphique 5:	Personnes qui aident les enfants à comprendre la culture traditionnelle	17
Graphique 6:	Perceptions de l'état de santé général de l'enfant de la part du parent	17
Graphique 7:	Participation des enfants à des activités physiques (en dehors des heures de classe)	20
Graphique 8:	Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à regarder la télévision et à jouer à l'extérieur	21
Graphique 9:	Répartition des adolescents selon le lieu de résidence	27
Graphique 10:	Proportions des adolescents selon le statut civil des parents biologiques	27
Graphique 11:	Nombre de mineurs par ménage (0 à 17 ans).....	28
Graphique 12:	Personnes qui aident les adolescents à comprendre la culture traditionnelle	28
Graphique 13:	Niveau de scolarité des adolescents	29
Graphique 14:	Proportions d'adolescents qui reçoivent l'aide de différentes personnes dans la poursuite de leurs études.....	30
Graphique 15:	Perceptions des adolescents sur leur l'état de santé général	30
Graphique 16:	Proportions d'adolescents selon les catégories de l'Indice de masse corporelle (IMC)	31
Graphique 17:	Fréquences du régime alimentaire équilibré et nutritif.....	33
Graphique 18:	Fréquences de la pratique d'activités physiques accélérant généralement la fréquence cardiaque et le rythme respiratoire	34
Graphique 19:	Fréquences de participation à une équipe sportive ou à un programme sportif (en dehors des heures de classes)	35
Graphique 20:	Nombre d'heures consacrées quotidiennement à des activités extérieures.....	36
Graphique 21:	Nombre de tentatives pour cesser de fumer des adolescents ayant tenté de cesser de fumer (12 mois précédant l'enquête).....	36
Graphique 22:	Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors d'une seule occasion parmi les adolescents ayant déjà consommé de l'alcool (12 mois précédant l'enquête)	37
Graphique 23:	Fréquences de consommation chez les consommateurs de marijuana (12 mois précédant l'enquête)	37
Graphique 24:	Nombre de partenaires sexuels des adolescents actifs sexuellement (12 mois précédant l'enquête)	38
Graphique 25:	Fréquences de l'atteinte de l'équilibre selon quatre dimensions du bien-être.....	38
Graphique 26:	Répartition des adultes par groupe d'âge.....	45
Graphique 27:	Compréhension d'une ou plusieurs langues des Premières Nations	46
Graphique 28:	Niveau de scolarité des répondants adultes	46
Graphique 29:	Niveau de scolarité des répondants adultes, par sexe	46
Graphique 30:	Revenu annuel individuel brut (2001)	47
Graphique 31:	Proportions d'adultes souffrant d'embonpoint ou d'obésité, par groupe d'âge ...	49
Graphique 32:	Proportions d'adultes souffrant d'embonpoint ou d'obésité, par lieu de résidence	50
Graphique 33:	Proportions d'adultes considérant diverses raisons pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé, par lieu de résidence	51
Graphique 34:	Adultes nécessitant des soins dentaires, par groupe d'âge.....	57
Graphique 35:	Perceptions des femmes au sujet du SAF et des EAF, par lieu de résidence.....	58
Graphique 36:	Adultes ayant parfois reçu des aliments traditionnels d'une tierce personne, par groupe d'âge	59
Graphique 37:	Proportions d'adultes fumeurs et non fumeurs.....	62

Graphique 38: Adultes ayant consommé de l'alcool, par lieu de résidence (12 mois précédant l'enquête)	64
Graphique 39: Proportions d'adultes ayant consommé ou non divers types de drogues ou de substances volatiles	65
Graphique 40: Activité sexuelle, par sexe	65
Graphique 41: Proportions d'adultes ayant passé divers examens médicaux, par groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête)	67
Graphique 42: Fréquences de l'atteinte des diverses dimensions de l'équilibre	69

Liste des tableaux

Tableau 1:	Obstacles dans l'accès aux services de santé pour l'enfant.....	18
Tableau 2:	Proportions de parents ou de tuteurs affirmant que l'enfant a besoin de divers types de soins dentaires parmi les enfants nécessitant des soins	19
Tableau 3:	Fréquences de la consommation de divers aliments vides par les enfants (12 mois précédant l'enquête).....	19
Tableau 4:	Fréquences de consommation d'aliments traditionnels (12 mois précédant l'enquête).....	19
Tableau 5:	Proportions d'enfants participant à des activités physiques (12 mois précédant l'enquête).....	20
Tableau 6:	Difficultés d'apprentissage parmi les adolescents ayant eu des difficultés scolaires	29
Tableau 7:	Raisons pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé chez les adolescents.....	31
Tableau 8:	Types de blessures physiques subies parmi les adolescents ayant subi une ou des blessures (12 mois précédant l'enquête)	32
Tableau 9:	Soins dentaires nécessaires parmi les adolescents affirmant avoir besoin de soins dentaires.....	32
Tableau 10:	Fréquences de consommation de divers aliments vides	33
Tableau 11:	Fréquences de consommation d'aliments traditionnels.....	33
Tableau 12:	Proportions d'adolescents pratiquant diverses activités physiques (12 mois précédant l'enquête)	34
Tableau 13:	Perceptions des adolescents sur divers énoncés concernant l'estime personnelle.....	39
Tableau 14:	Perceptions des adolescents sur divers énoncés concernant l'autodétermination.....	39
Tableau 15:	Proportions d'adolescents ayant fait appel à divers confidentiels à propos de leur santé mentale ou émotionnelle (12 mois précédant l'enquête)	40
Tableau 16:	Disponibilité du support social pour les adolescents.....	40
Tableau 17:	Personnes à qui les adolescents demanderaient de l'aide s'ils avaient divers problèmes personnels	41
Tableau 18:	Sources de revenu, par lieu de résidence (2001)	48
Tableau 19:	Taille et poids moyens, par sexe	49
Tableau 20:	Proportions d'adultes considérant diverses raisons pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé	50
Tableau 21:	Proportions d'adultes atteints de divers problèmes médicaux.....	51
Tableau 22:	Proportions d'adultes atteints d'un problème médical, ayant des limitations physiques conséquentes au problème médical et recevant un traitement.....	52
Tableau 23:	Consommation de médicaments non prescrits selon le lieu de résidence	53
Tableau 24:	Proportions d'adultes ayant subi divers types de blessures physiques (12 mois précédant l'enquête)	54
Tableau 25:	Obstacles rencontrés parmi les adultes qui ont eu de la difficulté à accéder à la médecine traditionnelle	55
Tableau 26:	Obstacles rencontrés par les adultes qui ont déclaré avoir eu des problèmes à accéder aux services de santé (12 mois précédant l'enquête)	55
Tableau 27:	Soins ou services de santé pour lesquels les adultes ont rencontré des obstacles pour accéder au Programme des SSNA parmi les adultes qui ont déclaré avoir eu des obstacles (12 mois précédant l'enquête)	56
Tableau 28:	Obstacles d'accessibilité aux soins dentaires parmi les adultes qui ont eu des difficultés à recevoir des soins dentaires.....	57
Tableau 29:	Adultes ayant besoin de divers types de soins dentaires parmi les adultes ayant affirmé nécessiter des soins	57

Tableau 30:	Proportions d'adultes selon la fréquence de consommation d'aliments traditionnels.....	59
Tableau 31:	Fréquence d'utilisation des divers modes de préparation de la viande et du poisson	60
Tableau 32:	Proportions d'adultes pratiquant diverses activités physiques selon le lieu de résidence.....	61
Tableau 33:	Proportions d'ex-fumeurs ayant évoqué diverses raisons pour cesser de fumer	63
Tableau 34:	Proportions d'ex-fumeurs ayant utilisé diverses méthodes pour cesser de fumer	63
Tableau 35:	Proportions d'adultes ayant passé divers examens médicaux, par lieu de résidence (12 mois précédant l'enquête).....	66
Tableau 36:	Proportions d'anciens pensionnaires ayant eu diverses répercussions négatives suite à l'expérience des pensionnats autochtones	68
Tableau 37:	Proportions d'adultes considérant très importants ou importants divers éléments selon le lieu de résidence	68
Tableau 38:	Adultes fortement en accord ou en accord avec divers énoncés concernant l'autodétermination	69
Tableau 39:	Adultes ayant accès à des agents de support selon le lieu de résidence (12 mois précédant l'enquête)	70
Tableau 40:	Fréquences des sources de soutien disponibles.....	72



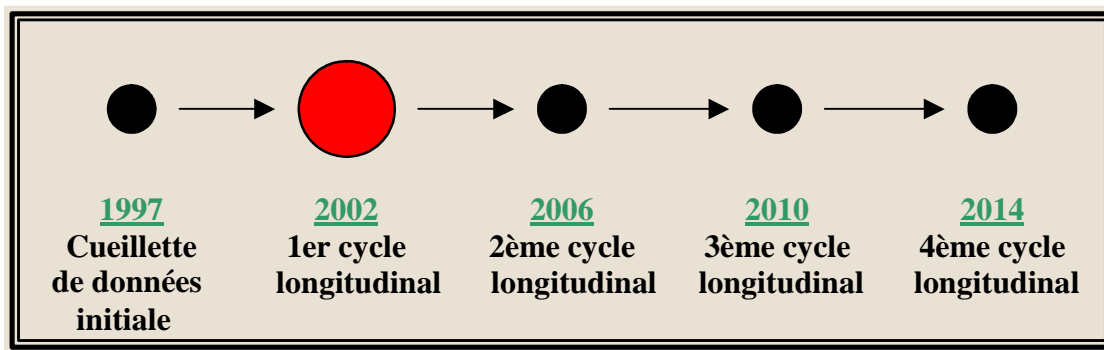
Section 1: Introduction

Introduction

Effectuée dans un esprit holistique, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN) de la région du Québec dresse un portrait de la santé des Premières Nations du Québec en fournissant des informations qui englobent différents aspects de la santé et du contexte socioculturel particulier de ces populations. Les résultats de cette enquête identifient ainsi les problèmes et les progrès en santé holistique. Précisons qu'il s'agit de la seconde phase d'une première recherche sur la santé des Premières Nations dont la gouvernance est entièrement sous la responsabilité des autorités des Premières Nations, au même titre que l'élaboration de la méthode de recherche et la coordination du projet.

Au cours de l'année 1997, en réponse au besoin de renseignements sur la santé des Premières Nations, le Comité des Chefs sur la Santé (CCS) et l'Assemblée des Premières Nations du Canada (APNC) ont décidé que l'ERLSPN deviendrait une enquête longitudinale quadriennale qui devrait se dérouler jusqu'en 2014 comme le démontre le schéma suivant :

Graphique 1: Évolution longitudinale de l'ERLSPN




La coordination nationale de l'édition 2002 de l'ERLSPN est assurée par le Centre des Premières Nations (CPN) de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Dans leurs régions respectives, dix organisations régionales des Premières Nations ont réalisé le déploiement de l'enquête et la supervision de tous les aspects du processus. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) assure le déroulement du projet pour la région du Québec.

1.1 Objectifs de l'enquête

Les trois questionnaires créés dans le cadre de cette enquête (adultes, adolescents et enfants) ont été construits en tenant compte d'objectifs spécifiques suivants :

- « Obtenir de l'information concernant les caractéristiques démographiques pouvant affecter l'état de santé des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information se rapportant à l'état de santé physique des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information touchant le bien-être des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information quant aux habitudes de vie des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information à propos de la perception des services de santé selon les membres des Premières Nations vivant au Québec. »¹

¹ CSSSPNQL, 1999, p.4.

- 
- Obtenir l'information la plus pertinente possible concernant les différentes problématiques rencontrées dans les communautés des Premières Nations vivant au Québec.

Et enfin,

- Réaliser tous ces objectifs pour chacun des groupes d'âge identifiés dans le cadre de cette recherche, soit : enfants, adolescents et adultes.

1.2 Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP)

Le présent projet repose sur les principes de PCAP. Instaurés par les Premières Nations du Canada, les principes de Propriété, de Contrôle et d'Accès ont, dans un premier temps, été élaborés par le Comité directeur de l'ERLSPN en 1998. Le principe de Possession ayant été ajouté par la suite, cet ensemble de règles éthiques est une expression d'autodétermination dans le domaine de la recherche, de la gestion et de la création de l'information. Les définitions suivantes définissent plus clairement ces concepts :

« Propriété »

Le principe de « propriété » se rapporte à la relation d'une communauté des Premières Nations avec les connaissances, les données et l'information relatives à sa culture. Ce principe veut qu'une communauté ou un groupe détienne collectivement la propriété de l'information de la même façon qu'une personne détient la propriété de son information personnelle. Cela diffère du principe de « gouvernance ». La gouvernance ou l'administration de données ou d'informations par une institution qui doit rendre des comptes au groupe est un mécanisme au moyen duquel il est possible de réaliser la propriété.

Contrôle

Le principe de « contrôle » veut que les membres des Premières Nations, leurs communautés et les groupes qui les représentent soient en droit de souhaiter obtenir le contrôle de tous les aspects du processus de gestion de la recherche et de l'information ayant des répercussions sur eux. Les aspirations et les droits des membres des Premières Nations concernant le maintien et la reprise du contrôle de tous les aspects de leur vie et de leurs institutions s'étendent à la recherche, à l'information et aux données. Le contrôle de la recherche par les Premières Nations peut comprendre toutes les étapes d'un projet de recherche en particulier, de la conception à l'achèvement. Ce principe s'étend au contrôle des ressources et du processus d'examen, à la formulation des cadres de travail conceptuels, à la gestion des données, etc.

Accès

Le principe d'« accès » fait référence aux droits des communautés et des organisations autochtones de gérer l'information qui les concerne collectivement et de prendre des décisions concernant l'accès à cette information. Les membres des Premières Nations doivent avoir accès à l'information et aux données qui les concernent et qui concernent leurs communautés, peu importe l'endroit où ces données sont conservées. En pratique, on peut y parvenir au moyen de protocoles normalisés et officiels.

Possession

Le principe de « possession », au même titre que celui de « gouvernance », désigne en principe la relation entre un peuple et les données existant à son sujet. Bien que la possession ne soit pas une condition essentielle à la propriété, la possession des données est un mécanisme permettant d'affirmer et de protéger la propriété. Lorsqu'une partie possède des données appartenant à une autre partie, il y a un risque de violation ou d'usage abusif. Cela est particulièrement important lorsqu'il existe un manque de confiance entre le propriétaire et le possesseur.

Plus important encore, les principes de PCAP sont des concepts visionnaires et proactifs. Ils ouvrent de nouvelles voies à l'autodétermination et à l'exercice des pouvoirs dans les domaines de la recherche et de l'information et laisse entrevoir des changements positifs. »²

Ce qui distingue principalement l'ERLSPN des autres enquêtes portant sur les Premières Nations est l'application des principes PCAP. Il s'agit de la première recherche sur la santé des Premières Nations dont la gouvernance est entièrement sous la responsabilité des autorités des Premières Nations, de même que l'élaboration de la méthode de recherche et la coordination du projet.

Un examen éthique national conclut que l'enquête respecte la vie privée des répondants. De plus, l'utilisation de formulaires de consentement contribue grandement au principe de l'implication volontaire. Toutes les questions concernant les protocoles de protection des données relèvent d'ententes et de méthodes uniques aux Premières Nations. Enfin, la publication des données de l'ERLSPN vise la maximisation de la diffusion afin d'en faire profiter les Premières Nations tout en protégeant l'information propre à chacune des communautés. Toutes les publications doivent être effectuées sous l'approbation des autorités des Premières Nations et ce, pour chacun des niveaux national, régional et local.

1.3 Méthodologie

De nature descriptive, l'enquête consiste à interroger un échantillon représentatif de la population sous forme d'entrevue dirigée au moyen d'un questionnaire sur support électronique. Cette méthode a été retenue pour les raisons budgétaires, techniques et éthiques suivantes :

- Coûts de réalisation modestes du fait que la recherche se base sur un échantillon et non sur la totalité de la population étudiée;
- préservation de la confidentialité des répondants et obtention de renseignements sur certains sujets qui, pour des raisons morales, ne pourraient être observés directement;
- rapide et simple;
- possibilité de standardiser l'information, facilitant du coup les analyses et les comparaisons.

1.3.1 Population de l'enquête

La population se définit comme étant l'ensemble des individus compris dans l'étude. Dans le cas présent, il s'agit de l'ensemble des membres des Premières Nations du Québec vivant en milieu urbain. La majorité des répondants ont été sélectionnés dans les Centres d'amitié autochtone, ce qui a certainement influencé la validité de nos résultats. D'après le recensement démographique du Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canadien (MAINC) de 2001, la région du Québec comptait 19 041 membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain. Il est toutefois difficile d'évaluer la proportion d'individus qui fréquente un Centre d'amitié autochtone et les caractéristiques spécifiques de cette population.

1.3.2 Échantillon de l'enquête

Puisque la population à l'étude comprend les membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain, l'échantillon est composé uniquement de répondants vivant dans ce milieu. Trois sites urbains ont été retenus pour la construction de l'échantillon. Il s'agit des régions métropolitaines de Québec et Montréal ainsi que de l'agglomération de Val d'Or. Ces trois milieux urbains ont été choisis puisqu'ils comptent une population élevée de membres des Premières Nations et disposent d'un Centre d'amitié autochtone, facilitant ainsi les contacts avec des membres des Premières Nations et la cueillette des données. L'échantillon qui en résulte est un échantillon non probabiliste à participation volontaire. Au total, 268 adultes, 36 adolescents et 64 enfants composent l'échantillon final.

² ONSA, 2004, p.81.

Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à tous les membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain compte tenu de la nature non probabiliste de l'échantillon.

1.4 Cueillette des données

1.4.1 Sélection et formation des intervieweurs

Tel que mentionné précédemment, l'ERLSPN se distingue des autres enquêtes, notamment, par l'implication des membres des Premières Nations dans toutes les étapes de sa réalisation. Suivant ce principe d'implication, la participation d'intervieweurs membres des Premières Nations a été privilégiée. La CSSSPNQL a demandé aux Centres d'amitié de Montréal et de Val d'Or de faire le recrutement d'intervieweurs potentiels, alors qu'elle s'est chargée du recrutement pour la ville de Québec.

Tous les intervieweurs sélectionnés ont signé un serment de silence devant un commissaire à l'assermentation et ont suivi une formation de trois jours. Cette formation, offerte par la CSSSPNQL et qui s'est tenu dans chacun des trois centres urbains, portait sur les thèmes suivants :

- Historique de l'ERLSPN ;
- Échantillonnage ;
- Consentement à la divulgation de renseignements et protection des données ;
- Techniques d'entrevue ;
- Moyens pour faire face à différentes situations qui surviennent lors de la conduite d'entrevues ;
- Utilisation de l'ordinateur portable et des questionnaires informatisés ;
- Tenue de dossiers, expédition de matériel et rédaction de courts rapports.

1.4.2 Outils de saisie, de traitement et d'analyse de l'information

Toutes les entrevues effectuées dans le cadre de l'ERLSPN 2002 de la région du Québec ont été réalisées à l'aide d'un support informatique. Tous les intervieweurs avaient en leur possession un ordinateur portable dans lequel se trouvaient les questionnaires destinés aux enfants, aux adolescents et aux adultes. Ces questionnaires informatisés ont été créés sous la supervision du CPN de la ONSA à l'aide du logiciel Lotus Notes. Tous les questionnaires complétés par les intervieweurs étaient automatiquement encryptés, donc impossibles à consulter par quiconque, assurant ainsi la confidentialité des réponses de chacun des répondants. Après une journée de travail, les intervieweurs devaient télécharger les entrevues recueillies de leur portable vers le serveur régional à la CSSSPNQL. Une fois la totalité des entrevues terminées, les données régionales étaient ensuite décryptées et transférées sur support Microsoft Excel, sous la supervision de la CSSSPNQL, afin de les transformer en bases de données brutes. Ces dernières ont été gravées sur cédérom et envoyées au CPN de la ONSA pour être uniformisées aux bases de données des autres régions (étape nécessaire pour effectuer l'analyse nationale) et nettoyées à l'aide des logiciels SAS (Statistic Analysis System) et SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Une fois ces étapes complétées, le CPN remet les données nettoyées aux différentes régions. L'analyse des données a ensuite été effectuée par le secteur de la recherche de la CSSSPNQL à l'aide des logiciels SPSS et Microsoft Excel.

1.4.3 Questionnaires

Les questionnaires ont été conçus en suivant une démarche holistique qui s'attarde non seulement à la santé des Premières Nations, mais aussi à tous les facteurs susceptibles de l'influencer. En plus de traiter de la santé dans sa globalité, les questionnaires de l'enquête ont été élaborés en tenant compte du contexte culturel et des priorités des Premières Nations. La région du Québec a ajouté un volet régional aux questionnaires destinés aux adolescents et aux adultes. Tel que mentionné précédemment, les trois questionnaires ont été implantés à l'aide d'un support informatique afin de faciliter le travail des intervieweurs.

Questionnaire enfant (0 à 11 ans)

Le questionnaire destiné aux enfants a été complété sous forme d'entrevue dirigée. L'interviewer questionnait le parent ou le tuteur, sélectionné de façon aléatoire, qui répondait par procuration au nom de l'enfant. Ce questionnaire prenait environ 35 minutes à compléter et était composé de questions portant sur les sujets suivants :

- Composition du ménage de la famille
- Scolarité des parents
- Scolarité – niveau, réussite, PAPPN
- Taille, poids – à la naissance et actuels
- Allaitement
- Tabagisme, exposition à la fumée secondaire – fœtale, à la maison
- Langue – compréhension, usage, intérêt
- Alimentation et nutrition
- Activités – physiques, sociales, parascolaires
- État de santé, maladies – durée, traitement et effets
- Blessures
- Incapacités, limitations
- Accès aux services de santé – soins de santé non assurés
- Santé dentaire, carie du biberon
- Culture traditionnelle – importance, apprentissage
- Bien-être émotionnel et social
- Service de garde
- Pensionnats (parents, grands-parents)

Questionnaire adolescent (12 à 17 ans)

Le questionnaire adolescent était autoadministré, c'est-à-dire qu'il était directement complété par le répondant. Ce dernier devait répondre aux questions sur ordinateur portable et était assisté par l'interviewer qui restait à sa disposition si certaines précisions étaient nécessaires. D'une durée d'environ 35 à 45 minutes, le questionnaire adolescent portait sur les sujets suivants :

Volet national

- Composition du ménage / de la famille
- Scolarité – niveau, réussite, objectifs personnels
- Langue – compréhension, usage
- Alimentation et nutrition
- Activités – physiques, sociales
- Taille, poids, niveau de satisfaction
- Diabète – type, traitement
- État de santé, maladies – durée, traitement, effets
- Blessures
- Soins dentaires
- Tabagisme, alcool, drogue
- Sexualité
- Pratiques de santé préventive
- Bien-être, soutien et santé mentale
- Idées et tentatives de suicide
- Activités parascolaires
- Culture traditionnelle – importance, apprentissage
- Pensionnat (parents et grands-parents)

Volet régional

- Études, profession visée et rêves futurs



Questionnaire adulte (18 ans et plus)

Administré sous forme d'entrevue dirigée, le participant répondait aux questions posées par l'intervieweur. Ce dernier guidait le répondant pendant tout le processus, qui durait environ une heure. Le questionnaire destiné aux adultes, dont certaines questions ont été modifiées afin qu'elles soient pertinentes et cohérentes avec le milieu urbain, portait sur les sujets suivants :

Volet national

- Données démographiques
- Langues – compréhension, usage
- Scolarité
- Emploi
- Revenu et sources de revenu
- Ménage – composition et revenu
- Habitation – état, surpeuplement, moisissures
- Qualité de l'eau
- Services – téléphone, eau, détecteur de fumée, Internet, etc.
- Taille, poids
- État de santé, maladies – durée, traitement, effets
- Diabète – type, traitement, effet
- Blessures physiques
- Soins dentaires
- Incapacités, limitations
- Activités physiques
- Alimentation et nutrition
- Soins à domicile – utilisation, besoins
- Services de santé - utilisation, accès, soins de santé non assurés (SSNA)
- Médecine traditionnelle, guérisseurs
- Tabagisme, alcool, drogue – utilisation, abandon, traitement
- VIH / Sida, MTS et sexualité
- Grossesse, fertilité
- Pratiques de médecine préventive
- Bien-être, soutien et santé mentale
- Idées et tentatives de suicide
- Pensionnats – Impact
- Culture, spiritualité et religion

Volet régional

- Études
- Moyens de transport et sécurité
- Style de vie et problèmes sociaux
- Jeux de hasard et loteries

Notes importantes à l'intention du lecteur

Les résultats suivis d'un astérisque (*) ont une variabilité d'échantillonnage élevée (estimation par intervalle d'un pourcentage entre 16,6% et 33,3%). Ils doivent être interprétés avec prudence.

Un dièse (#) indique que les résultats ont été supprimés étant donné leur variabilité d'échantillonnage trop élevée (estimation par intervalle d'un pourcentage de 33,3% et plus). Ils ne doivent absolument pas être généralisés à l'ensemble des membres des Premières Nations vivant en milieu urbain.

Le signe (-) indique une valeur nulle.

Les comparaisons faites avec l'étude de 1997 ne se rapportent qu'aux répondants de Montréal, totalisant 201 individus.

1.5 Limites de la recherche

Une enquête de l'envergure de l'ERLSPN n'est pas à l'abri de contraintes, d'obstacles et de biais qui peuvent altérer la validité des résultats obtenus et le déroulement général de la recherche. Consciente de ces sources d'erreurs réelles comme potentielles, l'équipe de recherche qui a mené l'ERLSPN dans la région du Québec en a tenu compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats, tout comme pour la rédaction du présent rapport. La région du Québec, comme l'ensemble des régions qui ont participé à l'ERLSPN sur le plan national, a eu à relever des défis communs et particuliers, et ce à chacune des grandes étapes de la réalisation de l'Enquête. Cette section vise à documenter, pour chacune de ces grandes étapes – soit la constitution de l'échantillon, la cueillette de données et l'analyse des informations recueillies -, les biais et sources potentielles d'erreurs inhérentes au contexte de recherche propre à l'ERLSPN³⁴ de la région du Québec.

La publication de cette section documentant les limites de l'ERSPNQL témoigne d'un souci de transparence du processus de recherche intégral, mais surtout d'une volonté de partage des apprentissages acquis et des savoir-faire construits au cours de la réalisation de l'Enquête. Les prochaines vagues de l'ERLSPN ainsi que les nouvelles recherches bénéficieront de cet outil pour améliorer le processus de la recherche effectuée par et pour les Premières Nations.


1.5.1 Sélection des répondants du volet « membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain »⁵

Bien que l'ERLSPN ne prévoyait pas de cueillette de données auprès des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain, la CSSSPNQL, responsable de l'ERLSPN pour la région du Québec, a choisi de documenter la santé des membres hors communauté par le biais d'une enquête parallèle. Les résultats de cette enquête sont présentés dans le rapport sous-titré « Rapport des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain ». La sélection des répondants vivant hors communauté en milieu urbain s'est faite sur une base d'échantillonnage non probabiliste, un impératif, étant donné que la probabilité qu'avait chacun des membres hors communauté d'être inclus dans l'échantillon était incalculable, essentiellement pour des raisons financières. La seule tâche d'identifier le nombre de membres vivant hors communauté et leur localisation aurait amputé ce volet de l'enquête de la quasi-totalité des faibles ressources lui ayant été allouées. Rappelons qu'aucun financement supplémentaire n'était réservé pour la réalisation de ce volet de l'ERLSPN dans la région du Québec.

³ Pour un résumé de la méthodologie de la recherche, se référer à la section « méthodologie » de ce rapport. Pour une description détaillée de la méthodologie de l'ERSPNQL, consulter le « rapport méthodologique ».

⁴ En plus de l'examen du processus effectué à l'interne par l'équipe de recherche de la CSSSPNQL, cette section s'appuie sur le rapport du Harvard Project on American Indian Economic Development mandaté par le Comité d'information et de gouvernance des Premières Nations, un Comité Permanent du Comité des Chefs sur la santé et du Centre des Premières Nations au sein de l'organisation Nationale de la Santé des Autochtones.

⁵ Pour les limites associées à l'échantillonnage de la population vivant dans les communautés des Premières Nations, référer au rapport méthodologique de l'ERLSPN.



Les membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain ont été principalement approchés par le biais des centres d'amitié autochtones de trois centres urbains, soit Québec, Montréal et Val-d'Or. La méthode de l'échantillonnage à l'aveuglette a été privilégiée pour entrer en contact avec une forte proportion des 268 adultes, 36 adolescents et 54 enfants dont on a obtenu l'information en dehors des communautés. Certains de ces informateurs ont aussi été contactés en dehors des centres d'amitié par les méthodes « boule de neige », ou « par contact ». Il va sans dire que les résultats obtenus pour ces répondants vivant hors communauté ne peuvent en aucun cas être inférés à l'ensemble des Premières Nations vivant hors communauté, ou même à ceux vivant dans l'un de ces trois centres urbains, ne serait-ce parce qu'une portion non négligeable de ces répondants partagent une caractéristique importante, soit de fréquenter un centre d'amitié autochtone. Ces centres offrent des services d'aide et d'appui aux membres des Premières Nations vivant hors communauté et s'adressent particulièrement aux plus nécessiteux d'entre-eux. Les répondants approchés dans ces centres pourraient conséquemment présenter des profils non représentatifs de la majorité des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain. Ainsi, les résultats présentés dans le rapport les concernant ne peuvent s'appliquer qu'à ces derniers, au moment où les données ont été récoltées.

De même, le rapport d'enquête abordant la question des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain comporte plusieurs comparaisons entre ces derniers et les membres des Premières Nations vivant dans les communautés. Étant donné qu'il s'agit essentiellement d'une enquête à portée descriptive et exploratoire, aucun test d'hypothèse n'a été effectué afin de déterminer si les proportions présentées en parallèle pour ces deux groupes sont effectivement comparables. Ces comparaisons ont conséquemment une portée uniquement indicative et ne sauraient en aucun cas témoigner de distinctions statistiquement vérifiées. En outre, il est possible d'énoncer que les distinctions, parfois importantes, entre les proportions relatives aux membres des Premières Nations vivant dans les communautés et leurs égaux vivant hors communauté dans les milieux urbains sont dues aux fortes différences qui existent entre les deux populations à l'étude, de même qu'à la nature distincte de l'échantillonnage.

1.5.2 Cueillette de données

1.5.2.1 Langue et traduction

En raison d'un financement limité, les formulaires de consentement en anglais et en français qui ont été systématiquement utilisés n'ont pu être fournis aux répondants potentiels dans leur langue d'origine. Tous les intervieweurs sélectionnés maîtrisaient toutefois la langue des Premières Nations d'usage dans la communauté où ils étaient affectés ainsi que le français ou l'anglais. Conséquemment, ils pouvaient aider les répondants à comprendre les formulaires. Cependant, il est possible que les formulaires de consentement aient été mal compris ou interprétés par certains informateurs. Ceci a pu provoquer des refus de participer ou encore engendrer la signature de formulaires sans compréhension complète de leur contenu.

La gestion et la manutention des formulaires de consentement ont aussi eu un impact sur le nombre d'informateurs desquels les réponses ont pu être incluses dans l'analyse. De nombreux formulaires mal remplis ou comportant des irrégularités ont effectivement dû être rejetés en même temps que les entrevues qui leurs correspondaient.

Un autre obstacle linguistique, encore une fois causé par un financement limité, s'applique aux questionnaires d'enquête qui n'étaient disponibles qu'en français ou en anglais. Une question adressée aux répondants permet de comptabiliser la proportion d'entre eux pour lesquels une traduction fut nécessaire. Ils sont 27,9% à avoir indiqué qu'une traduction des questions a été nécessaire. L'intervieweur a été le traducteur dans la quasi-totalité des cas. La nécessité de traduire, les différentes manières de traduire ou la difficulté de traduire certains concepts dans une langue autochtone a pu influencer la compréhension des questions, provoquer la non-réponse à certaines questions ou encore le refus de répondre au questionnaire.

1.5.2.2 Roulement des intervieweurs

Le roulement des intervieweurs a aussi provoqué une multiplication des modes de conduite des entrevues qui a pu engendrer des variations dans la qualité de la cueillette de données. Sur ces deux points, toutefois, il est important de noter que le contexte culturel dans lequel s'est déroulée la recherche préconisait l'utilisation d'intervieweurs appartenant à la même communauté que l'interviewé. Mentionnons que l'embauche de personnel contractuel membre des Premières Nations et vivant sur la communauté sondée offre un double avantage. Premièrement, la connaissance du terrain et de la langue d'usage peut limiter les problèmes d'interprétation et d'incompréhension de certains concepts difficilement traduisibles. En second lieu, le niveau de confiance des répondants peut aussi s'avérer plus élevé en présence d'un concitoyen que lorsque le questionnaire est administré par un étranger allochtone. Par contre, l'embauche de ce personnel peut avoir comme désavantages de soulever la crainte du bris de confidentialité chez les répondants en raison des liens étroits que les membres de la communauté entretiennent entre eux et l'interprétation des propos du répondant à partir des connaissances qu'a l'intervieweur du répondant. Ceci dit, la situation impliquant le moins de risques a donc été favorisée, soit celle de privilégier des intervieweurs locaux.

1.5.2.3 Erreurs dues au répondant

Concernant les erreurs dues au répondant, il se peut que les répondants aient faussé de manière volontaire ou involontaire certaines réponses. Certains facteurs peuvent expliquer cela. Parmi ceux-ci, le questionnaire présentait certaines questions qui pouvaient induire certaines erreurs dues à la « désirabilité sociale ». La « désirabilité sociale » consiste à donner des réponses que l'on croit « bonnes » sur le plan social (celles auxquelles on « s'attend » socialement). Les questions habituellement concernées par ces erreurs sont celles qui abordent des sujets délicats. Le questionnaire employé pour cette enquête en compte plusieurs, un fait inévitable lorsqu'une enquête vise à documenter différents items liés à la santé des individus dans une perspective holistique.

Des erreurs dues à la non-réponse se sont aussi glissées tout au long du processus d'enquête. Pour plusieurs questions, les répondants ont donné des réponses incomplètes ou n'ont tout simplement pas répondu, ce qui fausse incontestablement les résultats.

1.5.2.4 Erreurs dues au questionnaire

Bien que réalisés avec minutie et avec le souci d'adapter les questions à la multiplicité des situations vécues par les membres des Premières Nations, les questionnaires conçus pour l'ERLSPN comportent certaines erreurs qui ont pu biaiser des réponses. Ces erreurs ont essentiellement la forme de choix de réponses comportant des catégories non mutuellement exclusives ou encore de choix de réponses incomplets qui ne couvraient pas l'ensemble des réponses possibles.

Par ailleurs, il existe certaines questions du questionnaire qui peuvent porter à interprétation et ainsi influencer les réponses des répondants. Par exemple, une question demande aux répondants s'ils ont déjà « pensé à se suicider ». En plus d'être un thème délicat, « penser au suicide » n'a sans doute pas la même signification pour chaque répondant. On peut envisager que pour certains, penser au suicide signifie « réfléchir à la question du suicide » alors que pour d'autres c'est « avoir des idées suicidaires ». Les réponses ont ainsi pu être inspirées par la pluralité des perceptions qu'ont les répondants sur le vocabulaire employé pour aborder cette question. Par ailleurs, en cas de questions mal comprises, l'intervieweur pouvait donner des explications complémentaires. Sa formation n'impliquait cependant pas l'assimilation d'indications claires et uniformes à transmettre aux informateurs à propos de chaque question.

1.5.3 Analyse des données et rédaction des rapports

1.5.3.1 Formation des employés

Le secteur de la recherche de la CSSSPNQL a pris en charge l'analyse des données correspondantes aux Premières Nations de la région du Québec de même que la rédaction des différents rapports. Le caractère novateur de l'enquête et la spécificité de la population d'enquête impliquent des innovations méthodologiques et conceptuelles importantes pour mener à bien l'ERLSPN. Bien que l'équipe de recherche de la CSSSPNQL soit composée d'un personnel formé en recherche sociale, la formation complémentaire du personnel aux enjeux de la recherche, aux méthodes d'enquête de même qu'aux différents indicateurs de santé propres aux Premières Nations aurait facilité l'analyse et l'interprétation des résultats. Or, le contexte budgétaire restreint n'a pas permis aux différents analystes et rédacteurs de l'équipe de recherche de la CSSSPNQL d'accéder à des formations ponctuelles et complémentaires.

1.5.3.2 Roulement des employés

L'équipe de recherche de la CSSSPNQL s'est constituée et a grandi en même temps que ce cycle de l'ERLSPN se déployait. L'embauche de personnel s'est donc adaptée aux besoins identifiés au cours des mois et années durant lesquels s'est étendue l'Enquête de 2002. Un peu à l'image de la situation qui a prévalu chez les intervieweurs, le roulement des employés, particulièrement des assistants de recherche a eu certains impacts sur la réalisation de l'Enquête. En plus de ralentir la production des différents rapports, ce roulement a aussi pu briser le suivi de certaines tâches et de certains dossiers importants dans le cadre de cette enquête. Notons par exemple le transfert des dossiers d'un employé à un autre qui a souffert de ressources limitées afin d'y consacrer le temps nécessaire.

Important

Étant donné la nature non probabiliste et le nombre restreint de répondants de l'échantillon, tous les résultats se rapportant aux individus vivant hors communauté en milieu urbain ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population désignée et doivent être interprétés avec une très grande précaution.

Section 2: La santé des enfants (0 à 11 ans)

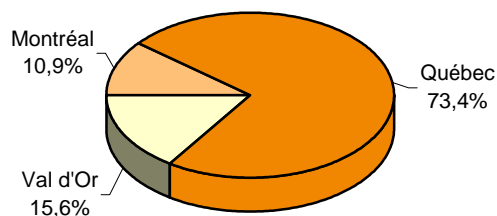
La santé des enfants (0 à 11 ans)

2.1 Profil démographique

2.1.1 Sexe, âge et lieu de résidence

L'échantillon des enfants est composé à 54,7% de filles et à 45,3% de garçons, âgés entre 0 et 11 ans. Parmi les enfants, 25,1% ont deux ans et moins, 28,1% ont entre trois et cinq ans, et 46,8% sont âgés entre 6 et 11 ans. La moyenne d'âge est de 5,2 ans.

Graphique 2: Répartition des enfants selon le lieu de résidence

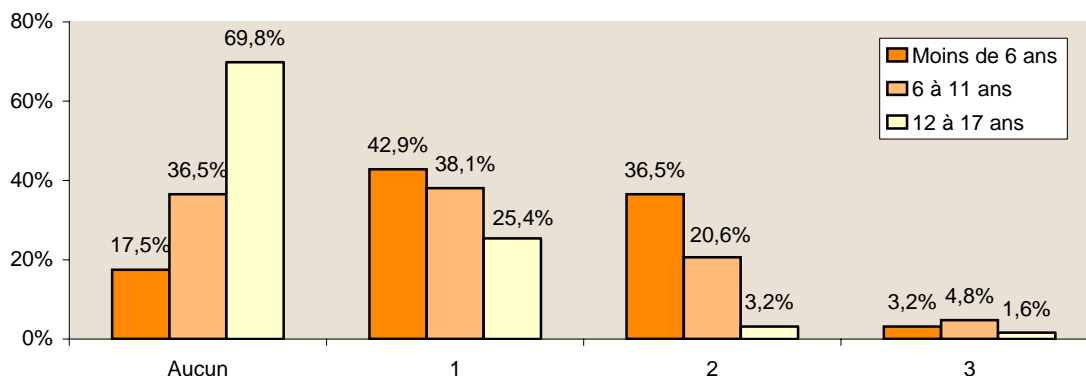


2.1.2 Renseignements sur le ménage

2.1.2.1 Nombre de personnes dans les ménages

Le quart des ménages compte un enfant (0 à 17 ans); près du tiers en dénombre deux et un peu moins du cinquième en compte trois. 59,4% des enfants vivent avec leurs frères et sœurs biologiques, alors que 14,1% côtoient le plus souvent leurs frères et sœurs par alliance.

Graphique 3: Nombre d'enfants à la maison, présenté par groupe d'âge



Selon les parents ou tuteurs interrogés, 81,0% des enfants vivent dans un ménage comptant deux adultes, alors que 17,5% vivent dans un ménage qui compte un seul adulte. Aucun aîné de 65 ans et plus n'a été rapporté.

Précisons que 37,5% des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. De plus, 34,3 % vivent seulement avec leur mère biologique et 20,3% vivent dans une famille reconstituée ne comptant qu'un seul parent biologique.

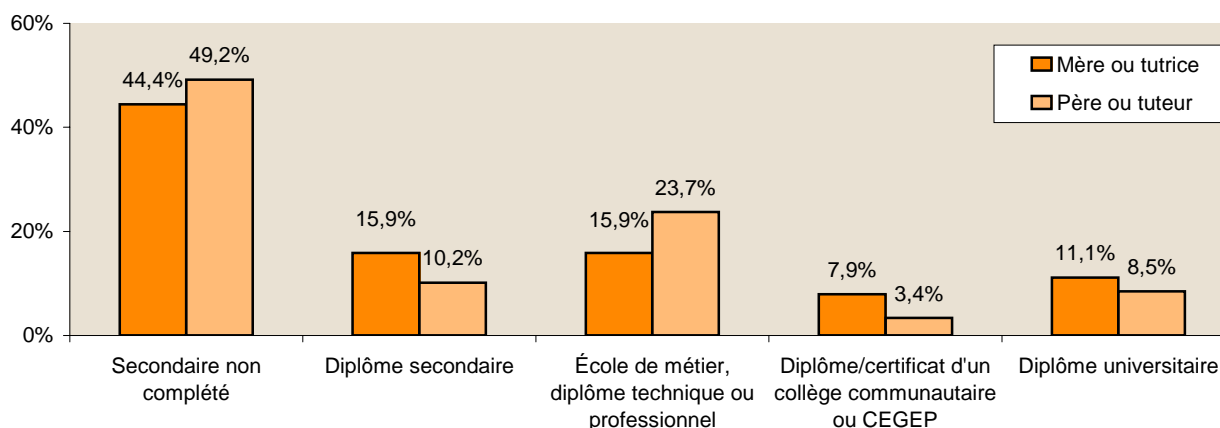
2.1.2.2 Logement

Les logements dans lesquels vivent les enfants comptent entre 3 et 11 pièces et ont en moyenne 5,6 pièces par logement (excluant les salles de bain, la salle de lavage et les hangars attenants).

Concernant le revenu, 62,8% des ménages dans lesquels vivent les enfants ont eu un revenu annuel brut, en 2001, de moins de 25 000\$. Enfin, 45,3% des ménages de l'échantillon vivent sous le seuil de la pauvreté⁶.

2.1.2.3 Niveau de scolarité des parents et des enfants

Graphique 4: Niveau de scolarité des parents



56,3% des parents ou tuteurs rencontrés ont affirmé que l'enfant fréquentait l'école et 80,6% des enfants ont déjà participé à un programme d'aide préscolaire aux Premières Nations (PAPPN). Précisons qu'au moment de l'enquête, 14,7% des enfants faisaient partie d'un tel programme et 26,6% étaient trop jeunes pour fréquenter l'école.

Selon les répondants, 52,9% des écoliers ont un rendement scolaire qui se situe dans la moyenne par rapport aux autres enfants de leur classe. Toutefois, 20,6% des enfants sont légèrement en-dessous de la moyenne alors que 14,7% sont supérieurs à la moyenne. Malgré les perceptions des répondants sur le rendement scolaire de l'enfant, 23,5% d'entre eux ont déjà doublé une année scolaire.

2.1.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle

Pour 73,4% des répondants, il est très important que leur enfant apprenne une langue des Premières Nations, alors que 14,1% considèrent que c'est assez important. Pourtant, 66,7% des enfants de l'échantillon ne comprennent aucune langue des Premières Nations et 73,3% n'en parlent aucune. Précisons toutefois que 30,2% d'entre eux sont encore trop jeunes pour s'exprimer oralement. Néanmoins, 30,1% des répondants sont satisfaits ou très satisfaits du degré de maîtrise de la langue des Premières Nations atteint par leur enfant, alors que 28,6% en sont insatisfaits ou très insatisfaits.

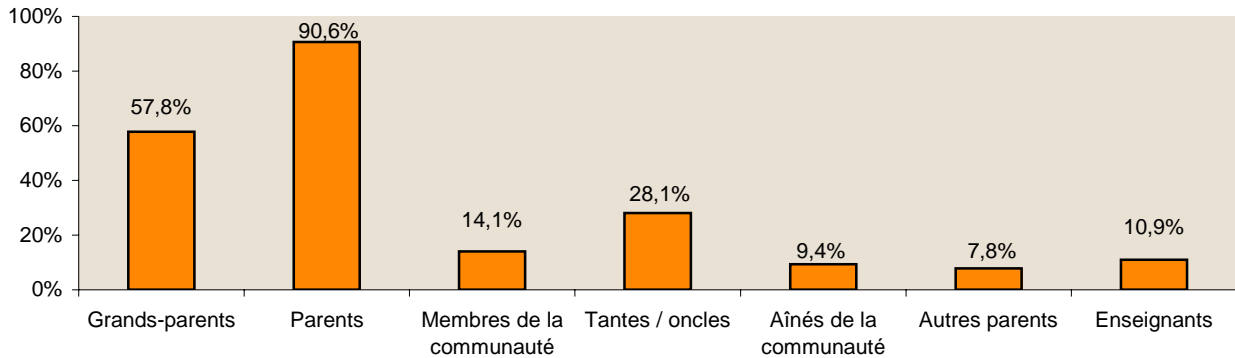
71,9% des enfants faisant partie de l'enquête comprennent le français avec aisance, alors que 12,3% le comprennent assez bien (rappelons que près des trois quarts des répondants vivent dans la ville de

⁶ « Québec a défini lui-même le niveau de ce seuil. De manière transitoire, il sera fixé à [...] 15 500\$ pour [...] une personne chef de famille monoparentale avec un enfant, et 18 200 \$ pour une personne chef de famille monoparentale avec deux enfants et un couple avec un enfant. Dans le cas d'une personne chef de famille monoparentale avec trois enfants ou plus comme dans celui d'un couple avec deux enfants, le seuil est de 22 000\$. Pour ce qui est des familles de plus de trois enfants, il s'élève à 24 500\$ » (Lévesque, K. et Chouinard, T., *Le Devoir*, lundi 10 novembre 2003).

Québec). De plus, 45,5% des enfants ne comprennent pas l'anglais et 35,1% ne comprennent que quelques mots en anglais.

Quant à l'usage de ces langues, 56,7% ne parlent pas l'anglais et 31,7% n'en connaissent que quelques mots. Enfin, 68,3% utilisent le français avec aisance et 10,0% assez bien (rappelons tout de même que 39,7% des enfants rejoints par l'enquête ont trois ans et moins).

Graphique 5: Personnes qui aident les enfants à comprendre la culture traditionnelle



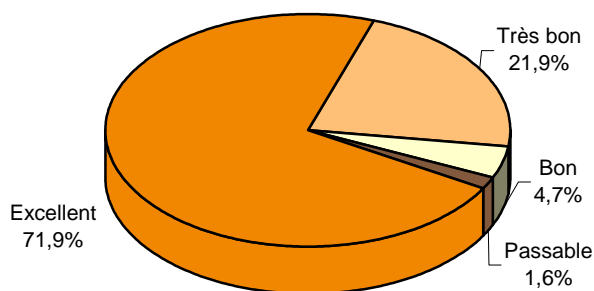
Quant aux événements culturels traditionnels, 68,3% des répondants les considèrent très importants dans la vie de l'enfant, 20,6% les considèrent assez importants et 10,9% ne leur accordent pas une grande importance.

2.2 État de santé

53,1% des parents ou des tuteurs interrogés ont affirmé que l'enfant a été allaité. Selon les répondants, 53,1% des mères n'ont pas fumé lorsqu'elles étaient enceintes de l'enfant. Toutefois, 39,1% ont fumé durant toute leur grossesse alors que 7,8% ont cessé leur consommation de tabac pendant qu'elles étaient enceintes. Parmi les femmes qui ont consommé du tabac durant leur grossesse, 33,3% fumaient à l'occasion et 66,7% à tous les jours. Parmi les fumeuses quotidiennes, 60,0% consommaient 10 cigarettes et plus par jour.

Enfin, la moitié des répondants a affirmé qu'au moins un autre membre du ménage fumait lorsque la mère de l'enfant était enceinte. Enfin, 43,8% des ménages n'offrent pas un environnement sans fumée.

Graphique 6: Perceptions de l'état de santé général de l'enfant de la part du parent



2.2.1 Problèmes médicaux et blessures physiques

Les allergies et l'asthme sont les problèmes médicaux les plus fréquents chez les enfants de l'échantillon vivant hors communauté en milieu urbain. Au sein de notre échantillon, 9,4% des enfants souffrent d'allergies et 18,8% sont atteints d'asthme. Parmi les asthmatiques, 72,7% suivent un traitement et 41,7% ont eu une crise d'asthme au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Enfin, toujours au cours des 12 mois précédant l'enquête, on dénombre peu de blessures physiques ayant nécessité l'intervention d'un professionnel de la santé. Toutefois, parmi les enfants ayant subi une blessure, les coupures et les fractures sont les plus fréquentes.

2.2.2 Accès aux services de santé

Près du tiers des parents ou des tuteurs rejoints par l'enquête ont rencontré un ou plusieurs obstacles afin que l'enfant reçoive des soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le tableau suivant présente les obstacles rencontrés par ces parents ou ces tuteurs.

Tableau 1: Obstacles dans l'accès aux services de santé pour l'enfant

Obstacles*	% de parents ou de tuteurs
Liste d'attente trop longue	57,1%
Incapable de trouver du transport	28,6%
Non couvert par le Programme des services de santé non assurés (SSNA)	19,0%
Ne pouvait assumer les frais de garde pour les enfants	19,0%
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins/services	19,0%
Ne pouvait assumer les coûts de transport	14,3%
Service non disponible dans la région	9,5%
Impression que les services offerts n'étaient pas culturellement adaptés	5,0%
Impression que les soins de santé offerts étaient inadéquats	4,8%
Pas de médecin ou d'infirmière dans la région	4,8%
Pas d'établissement de santé dans la région	4,8%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	4,8%
Refus d'une autorisation préalable de recevoir les services offerts en vertu du Programme des SSNA	4,8%

* parmi les parents ou tuteurs ayant déclaré avoir rencontré au moins un obstacle

2.2.3 Soins dentaires

L'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) recommande de visiter l'un de leurs membres à tous les six mois. Dans notre échantillon, 30,2% des enfants ont visité le dentiste dans les 6 mois précédant l'enquête alors que 34,9% l'ont fait entre 6 mois et 1 an avant l'enquête. Toutefois, 34,9% ne sont jamais allés chez le dentiste (âgés de 5 ans et moins). La moitié des parents ou tuteurs ont affirmé que leur enfant avait besoin de soins dentaires. Le tableau suivant présente les principaux soins nécessaires pour ces enfants.

Tableau 2: Proportions de parents ou de tuteurs affirmant que l'enfant a besoin de divers types de soins dentaires parmi les enfants nécessitant des soins

Soins dentaires	% des parents ou tuteurs
Entretien	93,5%
Traitement au fluor	35,5%
Plombage ou restauration	29,0%
Traitement d'orthodontie	6,5%

2.3 Habitudes de vie

2.3.1 Alimentation

78,1% des répondants déclarent que le régime alimentaire de l'enfant est toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, les autres l'estimant parfois équilibré et nutritif. Les tableaux suivants présentent les fréquences de consommation de divers aliments vides et divers aliments traditionnels.

Tableau 3: Fréquences de la consommation de divers aliments vides par les enfants (12 mois précédant l'enquête)

Aliments vides	Jamais / Presque jamais	Moins d'une fois/semaine	Quelques fois/semaine	Une fois/jour
Boissons gazeuses	57,8%	20,3%	18,8%	3,1%
Repas-minute	42,2%	32,8%	25,0%	-
Gâteaux, tartes, biscuits, bonbons, chocolat	32,8%	23,4%	31,3%	12,5%
Frites, croustilles, bretzels, fry bread	35,9%	39,1%	23,4%	1,6%
Ajout de sel	85,9%	4,7%	4,7%	4,7%
Ajout de sucre	71,9%	6,3%	9,4%	12,5%

Tableau 4: Fréquences de consommation d'aliments traditionnels (12 mois précédant l'enquête)

Aliments traditionnels	Pas du tout	Parfois	Souvent
Poisson d'eau douce	26,6%	45,3%	25,0%
Baies ou autres fruits sauvages	23,4%	54,7%	18,8%
Bannique	26,6%	51,6%	18,8%
Gros gibier	37,5%	42,2%	17,2%
Poisson d'eau salée	48,4%	35,9%	12,5%
Autres aliments des cours d'eau	56,3%	34,4%	6,3%
Petit gibier	46,9%	43,8%	6,3%
Soupe au maïs	64,1%	28,1%	4,7%
Gibier à plumes	45,3%	48,4%	3,1%
Mammifères marins	95,3%	1,6%	1,6%

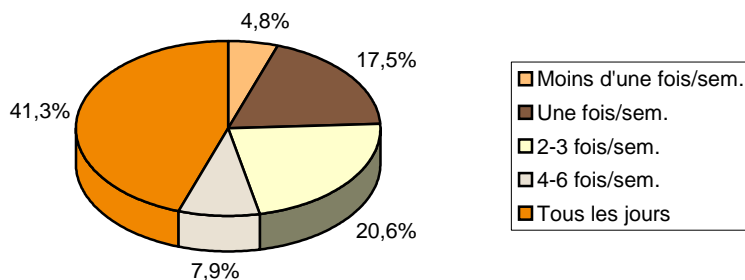
Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 18,0% des répondants ont affirmé qu'une personne a souvent partagé des aliments traditionnels avec les membres de leur ménage, alors que 63,9% estiment que ce partage n'a eu lieu que parfois et 18,0% estiment qu'il n'a jamais eu lieu.

2.3.2 Activités physiques et activités sédentaires

2.3.2.1 Activités physiques

Le graphique ci-dessous démontre que la majorité des enfants pratique des activités physiques ou sportives régulièrement. Puisque 23,9% des enfants échantillonnés ont 2 ans et moins, on peut supposer qu'ils constituent la majorité des enfants ne pratiquant jamais ou pratiquant moins d'une fois par semaine des activités physiques.

Graphique 7: Participation des enfants à des activités physiques (en dehors des heures de classe)



Le tableau 5 énumère les différentes activités physiques pratiquées par les enfants selon le répondant. Précisons que les cinq activités les plus populaires sont les mêmes pour les enfants vivant dans les communautés.

Tableau 5: Proportions d'enfants participant à des activités physiques (12 mois précédant l'enquête)

Activités physiques	% d'enfants	Activités physiques	% d'enfants
Marche	82,5%	Gymnastique aérobique / conditionnement physique	6,3%
Bicyclette	66,7%	Planche à roulettes	6,3%
Natation	44,4%	Canot	4,8%
Patin à glace	34,9%	Chasse / piégeage	3,2%
Course	30,2%	Pêche	3,2%
Sports de compétition ou de groupe	25,4%	Arts martiaux	3,2%
Randonnée pédestre	22,2%	Quilles	3,2%
Patin à roues alignées	17,5%	Raquette	1,6%
Danse	12,7%	Ski	1,6%
Cueillette de baies	12,7%		

2.3.2.2 Programmes et loisirs

90,0% des parents et des tuteurs interrogés ont affirmé que l'enfant ne faisait pas partie d'un cours ou d'un groupe artistique ou musical en dehors des heures de classes et 92,5% ont affirmé que l'enfant ne faisait pas partie d'un cours ou d'un groupe de chant ou de danse traditionnels.



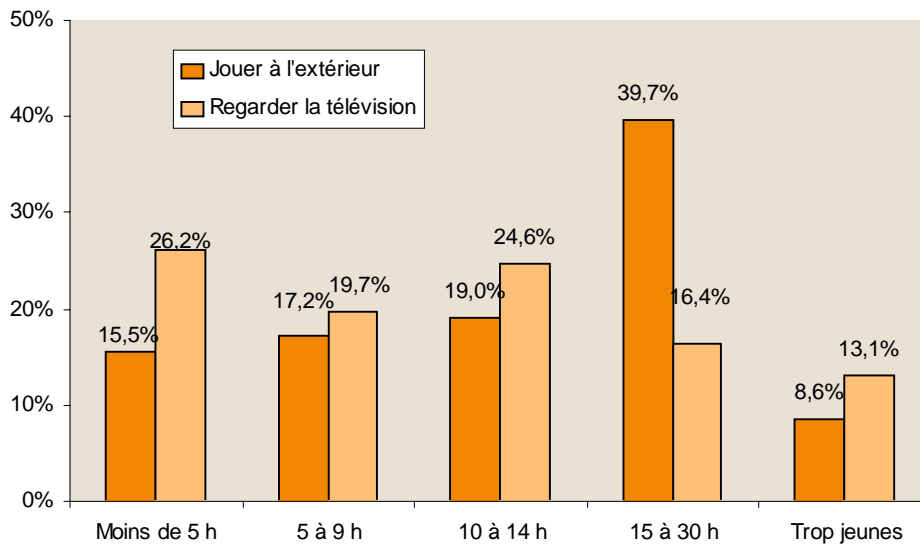
Quant à la pratique de sports d'équipe ou à la participation à un programme sportif, 63,4% des enfants n'en font jamais alors que 24,4% s'y adonnent de 1 à 3 fois par semaine.

2.3.2.3 Activités sédentaires

A) Télévision et jeux à l'extérieur

Dans l'ensemble, le graphique 8 démontre que les enfants consacrent davantage de temps à jouer à l'extérieur qu'à regarder la télévision. Par contre, une proportion considérable d'enfants regarde la télévision plusieurs heures par semaine.

Graphique 8: Nombre d'heures consacrées hebdomadairement à regarder la télévision et à jouer à l'extérieur



B) Jeux vidéo

54,2% des parents ou des tuteurs rencontrés ont déclaré que leur enfant est trop jeune pour jouer à des jeux vidéo. Par contre, parmi les enfants qui jouent aux jeux vidéo, 23,7% y dédient deux heures et moins par semaine et 22,2% y jouent entre dix et vingt heures par semaine.

C) Ordinateur

57,1% des parents ou des tuteurs rencontrés ont déclaré que leur enfant est trop jeune pour utiliser un ordinateur. Par contre, parmi les enfants qui utilisent un ordinateur, le quart y consacre deux heures et moins par semaine et un enfant sur vingt y consacre entre dix et quatorze heures par semaine.

D) Travaux ménagers

31,3% des enfants sont dispensés de travaux ménagers parce que leurs parents ou tuteurs les considèrent trop jeunes pour ces tâches. Par contre, parmi les enfants qui participent aux travaux ménagers, 53,8% y consacrent une heure par semaine et 25,6% y consacrent de deux à sept heures par semaine.

E) Lecture

57,8% des enfants lisent ou se font faire la lecture à tous les jours, 17,2% quelques fois par semaine, alors que 15,6% des enfants ne lisent pas ou ne se font presque jamais faire la lecture.

2.3.3 Bien-être émotionnel et social

Au cours des 6 mois précédant l'enquête, 88,9% des parents ou des tuteurs rencontrés ont affirmé que l'enfant s'est bien entendu avec le reste de la famille et n'ont pas signalé de problèmes familiaux. Cependant, 6,3% des parents ou des tuteurs ont mentionné que l'enfant a eu beaucoup de problèmes familiaux. Enfin, 93,3% des parents ou des tuteurs estiment que leur enfant n'a pas eu plus de problèmes émotionnels ou de comportement que les autres enfants de son âge.

2.3.4 Service de garde

40,6% des enfants se font garder lorsque leurs parents ou leurs tuteurs travaillent ou sont à l'école. Parmi ces derniers, 45,3% fréquentent une garderie (qui peut se trouver dans une maison privée) ou un service de garde scolaire (avant et après les heures de classes).

Parmi les enfants qui se font garder, 30,8% se font garder huit heures et moins par semaine, 26,9% entre dix et dix-sept heures par semaine et 38,5% entre vingt et quarante heures par semaine.

Finalement, à la question « Quels autres problèmes affectent le bien-être des enfants ? », 14,4% des répondants ont mentionné les problèmes dans le domaine de l'éducation, et notamment l'enseignement de la langue maternelle de l'enfant, alors qu'un répondant sur dix a mentionné les problèmes reliés à la drogue et à l'alcool.

2.4 Conclusion de la section Santé des enfants (0 à 11 ans)

- ◆ Dans le cadre de cette enquête, un peu plus de la moitié des enfants de l'échantillon ont cinq ans et moins. Par conséquent, un peu plus de la moitié fréquente l'école. Parmi ceux-ci, près du quart des enfants a déjà doublé une année scolaire.
- ◆ Selon les parents et les tuteurs interrogés, 45,3% des enfants de l'échantillon vivent sous le seuil de la pauvreté.
- ◆ Près des trois quarts des parents ou des tuteurs interrogés considèrent qu'il est très important que leur enfant apprenne une langue autochtone. Quant aux événements culturels traditionnels, plus des deux tiers les considèrent très importants dans la vie de l'enfant.

État de santé

- ◆ Un peu plus de la moitié des parents ou des tuteurs interrogés ont affirmé que l'enfant a été allaité.
- ◆ 93,8% des répondants estiment que l'état de santé général de leur enfant est excellent ou très bon.
- ◆ Un enfant sur dix souffre d'allergies. Le double, soit un enfant sur cinq, souffre d'asthme.
- ◆ Près du tiers des parents ou des tuteurs interrogés lors de l'enquête a rencontré un ou plusieurs obstacles afin que l'enfant reçoive des soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les principaux obstacles d'accessibilité sont les listes d'attente trop longues et l'incapacité de trouver du transport pour se rendre aux installations médicales.

Habitudes de vie

- ◆ 78,1% des répondants déclarent que le régime alimentaire de l'enfant est toujours ou presque toujours équilibré et nutritif. L'observation de la fréquence de consommation d'aliments vides confirme généralement cette perception puisqu'elle est relativement faible.
- ◆ La majorité des enfants de l'échantillon pratique régulièrement des activités physiques ou sportives (41,3% en font à tous les jours). Les enfants de l'échantillon consacrent plus de temps à jouer à l'extérieur qu'à regarder la télévision.
- ◆ 40,6% des enfants se font garder lorsque leurs parents ou leurs tuteurs sont au travail ou à l'école. 38,5% de ces enfants se font garder entre vingt et quarante heures par semaine.
- ◆ Enfin, selon les parents ou les tuteurs interrogés, 88,9% des enfants se sont très bien entendus avec le reste de la famille. Cependant, 6,3% ont vécu plusieurs problèmes familiaux.

Section 3: La santé des adolescents (12 à 17 ans)

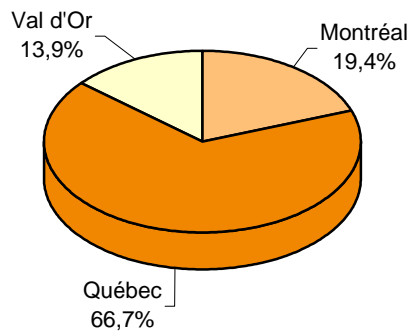
La santé des adolescents (12 à 17 ans)

3.1 Profil démographique

3.1.1 Sexe, âge et lieu de résidence

L'échantillon des adolescents est composé à 55,6% de filles et à 44,4% de garçons âgés de 12 à 17 ans. La moyenne d'âge est de 14,7 ans. Le graphique qui suit présente la répartition des répondants selon les trois lieux de résidence à l'étude.

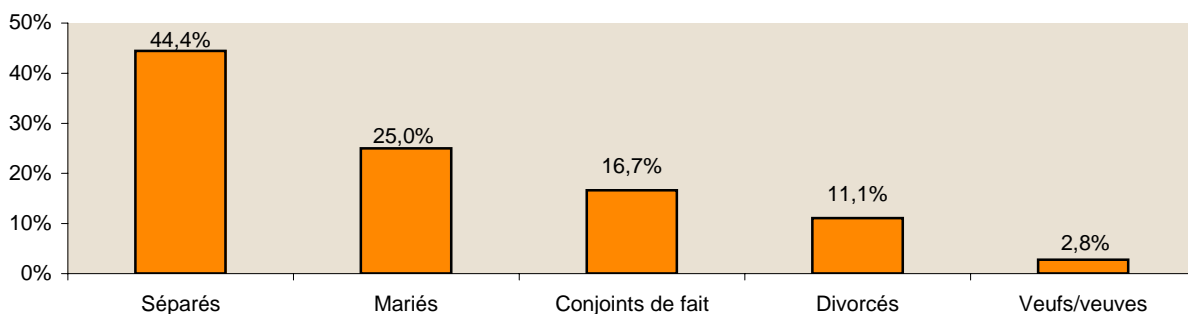
Graphique 9: Répartition des adolescents selon le lieu de résidence



3.1.2 Renseignements sur le ménage

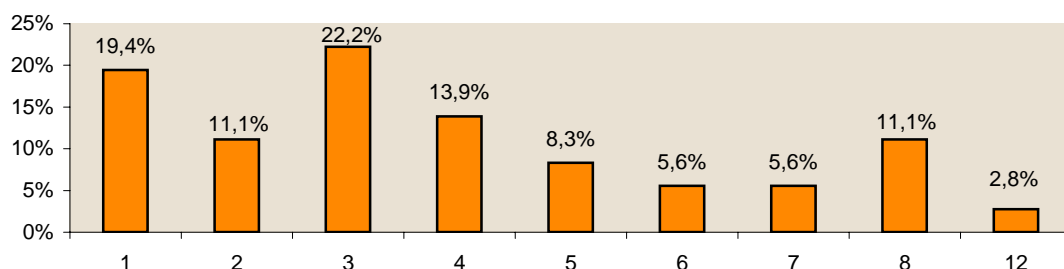
L'enquête révèle que 38,9% des adolescents vivent avec leurs deux parents biologiques, 16,7% habitent dans une famille reconstituée, 11,1% habitent uniquement avec leur mère biologique et 2,8% habitent uniquement avec leur père biologique. Enfin, 2,8% des adolescents vivent avec leurs grands-parents et le même pourcentage vit avec un(e) ami(e) ou un(e) conjoint(e)

Graphique 10: Proportions des adolescents selon le statut civil des parents biologiques



55,6% des adolescents vivent avec au moins un frère ou une sœur. En moyenne, les ménages de l'échantillon comptent quatre mineurs. Précisons que les trois quarts des ménages ne comptent aucun enfant de moins de 6 ans, la moitié ne compte aucun enfant de 6 à 11 ans et le quart compte trois adolescents de 12 à 17 ans.

Graphique 11: Nombre de mineurs par ménage (0 à 17 ans)



Quant au nombre d'adultes dans le ménage, 63,9% en comptent deux et 16,7%, un seul. 94,4% des ménages ne comptent aucun aîné (65 ans et plus).

Précisons que les logements comptent entre 2 et 12 pièces et ont en moyenne 6,9 pièces (excluant les salles de bain, la salle de lavage et les hangars attenants).

3.1.3 Langues des Premières Nations et culture traditionnelle

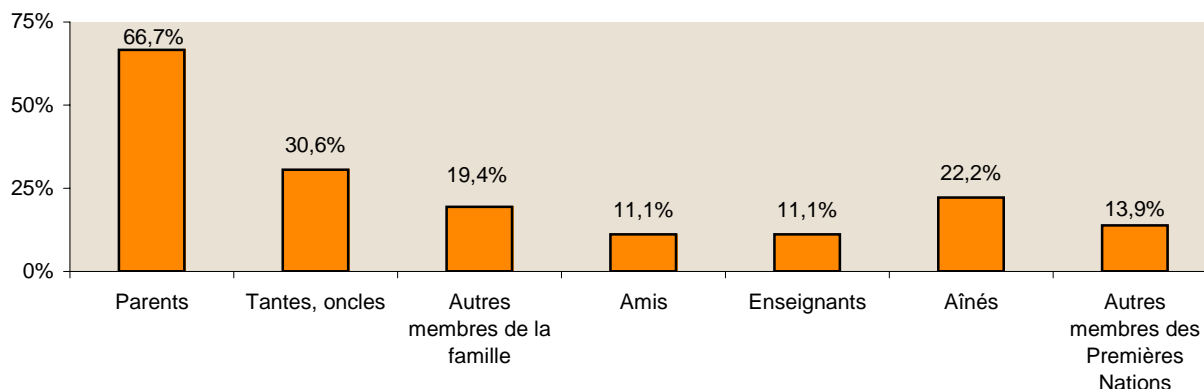
L'échantillon démontre que 86,1% des adolescents utilisent le plus souvent le français comme langue d'usage (rappelons que les deux tiers des répondants proviennent de Québec). De plus, 5,6% utilisent l'anglais et 5,6% la langue innue. Il n'en demeure pas moins que 97,2% comprennent le français avec aisance, 27,8% comprennent l'anglais avec aisance et 30,6% comprennent l'anglais avec aisance.

Quant aux langues parlées, 44,4% des adolescents disent parler deux langues avec aisance. De plus, 94,4% parlent le français avec aisance, 27,8% parlent l'anglais avec aisance alors que 22,2% parlent l'anglais avec aisance.

Pour 52,9% des adolescents, il est très important de parler leur langue des Premières Nations, alors que 41,2% considèrent que c'est assez important. Cependant, 52,8% ne comprennent aucune de ces langues et 55,6% n'en parlent aucune.

Enfin, pour 71,4% des adolescents interrogés, les événements culturels traditionnels sont très importants dans leur vie, alors qu'ils ne sont pas très importants pour 25,7% des adolescents.

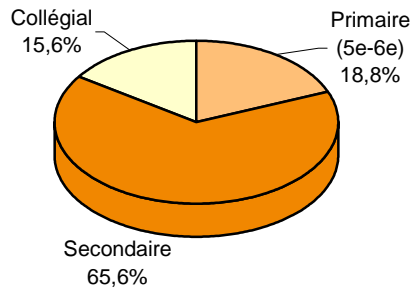
Graphique 12: Personnes qui aident les adolescents à comprendre la culture traditionnelle



3.1.4 Éducation

91,7% des adolescents fréquentaient l'école au moment de l'enquête.

Graphique 13: Niveau de scolarité des adolescents



36,4% des adolescents disent aimer beaucoup l'école, 33,3% l'aiment moyennement et 18,2% affirment ne pas aimer l'école.

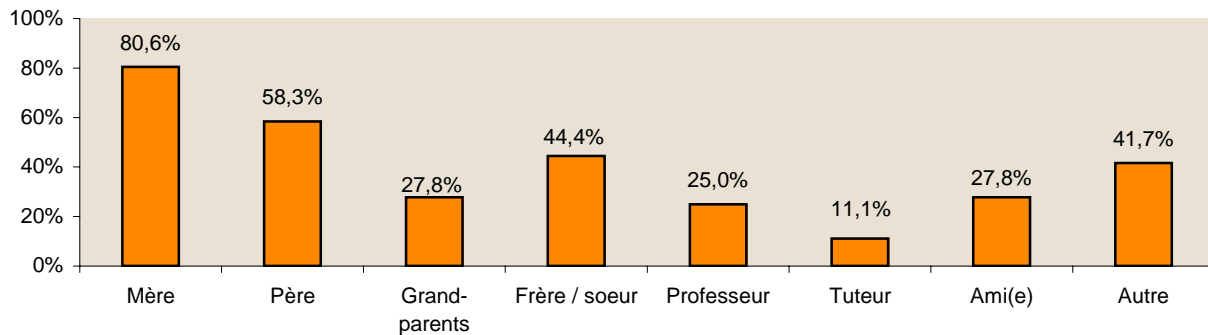
Concernant les problèmes d'apprentissage à l'école, 33,3% des adolescents disent en avoir déjà eu. De plus, 38,9% des adolescents ont déjà doublé une année scolaire. Malgré ces problèmes, 38,2% des adolescents souhaitent obtenir un diplôme universitaire.

À l'inverse, 8,3% des adolescents ont déjà sauté une année scolaire en raison de leur bon rendement. Le tableau 6 présente les principaux problèmes d'apprentissage rencontrés et le graphique 14 présente les personnes qui aident les adolescents dans la poursuite de leurs études.

Tableau 6: Difficultés d'apprentissage parmi les adolescents ayant eu des difficultés scolaires

Difficultés d'apprentissage	% d'adolescents
Difficulté de concentration	83,3%
Difficulté à comprendre l'enseignant	83,3%
Mathématique	66,7%
Trop de distraction	66,7%
Lecture	50,0%
Écriture	41,7%

Graphique 14: Proportions d'adolescents qui reçoivent l'aide de différentes personnes dans la poursuite de leurs études

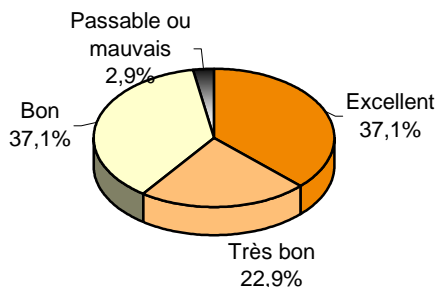


3.2 État de santé

3.2.1 État de santé général

Les adolescents interrogés dans le cadre de cette enquête ont visiblement une très haute perception de leur état de santé général. L'alimentation et les activités physiques, lesquelles sont examinées dans le chapitre suivant, confirmeront leurs perceptions et sonneront l'alarme sur des problèmes de santé à prévoir à court et à moyen termes.

Graphique 15: Perceptions des adolescents sur leur l'état de santé général



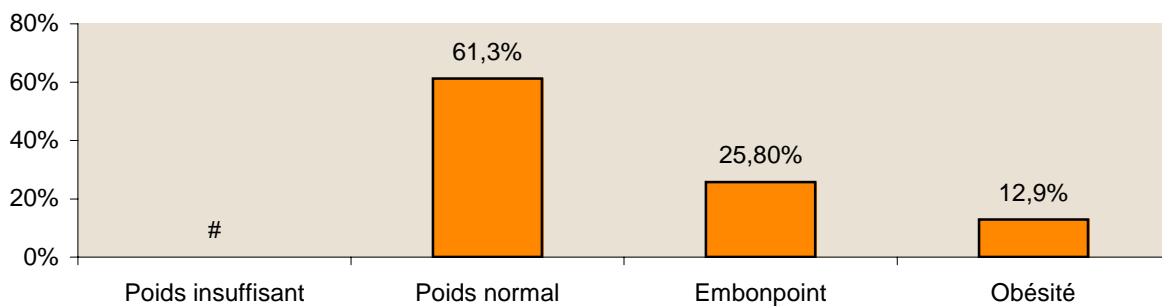
Le tableau 7 présente certaines raisons justifiant une bonne ou une excellente santé selon les adolescents. Il importe de noter que seulement un peu plus de la moitié des adolescents ont répondu aux questions relatives aux raisons justifiant le fait d'être en très bonne ou en excellente santé (52,8%).

Tableau 7: Raisons pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé chez les adolescents

Raisons	% d'adolescents
Heureux/satisfait	89,5%
Exercices réguliers/pratique de sports	89,5%
Équilibre	89,5%
Régime sain	84,2%
Peu de stress	84,2%
Bon soutien social	84,2%
Bien dormir/prendre du repos	84,2%

La taille des adolescents sondés varie entre 144,8 cm et 180,3 cm, avec une moyenne de 166,8 cm. Quant au poids, il varie de 35,4 kg à 120,0 kg, avec un poids moyen de 63,3 kg. À partir de ces résultats, l'Indice de masse corporelle (IMC) a été calculé pour chacun des répondants. Les résultats sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 16: Proportions d'adolescents selon les catégories de l'Indice de masse corporelle (IMC)⁷



Lorsqu'on a demandé aux adolescents s'ils étaient satisfaits de leur poids, 58,3% des adolescents ont dit être très satisfaits, alors que 13,9% d'entre eux ont dit être un peu insatisfaits ou très insatisfaits.

3.2.2 Problèmes médicaux et blessures physiques

L'échantillon ne recense aucun cas de bronchite chronique, de problèmes de vision, de VIH/Sida, de tuberculose, d'épilepsie, de troubles psychologiques ou nerveux, d'incapacité mentale, de paralysie cérébrale, d'handicap physique, de maladies du foie (incluant l'hépatite), de maladies des reins ou de diabète. Les maladies suivantes ressortent cependant de l'échantillon :

- 13,9% souffrent d'asthme;
- 11,1% éprouvent des troubles d'apprentissage;
- 8,3% souffrent d'allergies;
- 8,3% souffrent de problèmes chroniques à l'oreille ou d'infection.

De plus, le quart des adolescents rencontrés a eu une ou des blessures qui ont nécessité l'intervention d'un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le tableau 8 détaille la nature de ces blessures.

⁷ L'indice de masse corporelle est un outil utilisé pour déterminer le poids santé d'un individu. En calculant le poids (kg) d'un individu divisé par sa taille au carré (mètres), on obtient l'indice de masse corporelle. Chez les enfants et les adolescents, on applique cet indice à une charte de croissance qui nous indique dans quelle catégorie de poids le sujet se situe : poids insuffisant, poids normal, embonpoint ou obésité.

Tableau 8: Types de blessures physiques subies parmi les adolescents ayant subi une ou des blessures (12 mois précédant l'enquête)

Types de blessures	% d'adolescents
Coupure, éraflure ou contusion	44,4%
Fracture	33,3%
Brûlure	22,2%
Entorse ou foulure	22,2%
Commotion	11,1%
Dent endommagée	11,1%

3.2.3 Utilisation des services de santé

Dans les 12 mois précédant l'enquête, 55,6% des répondants ont passé un examen de la vue et 13,9% ont passé un examen physique complet. 17,1% des répondants ont déjà consulté un guérisseur traditionnel. Enfin, 20,6% ont déjà fait appel à un service de counselling, à des tests psychologiques ou autres services en santé mentale.

3.2.4 Soins dentaires

L'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) recommande de visiter un dentiste à tous les six mois, ce qu'ont fait 61,1% des adolescents de l'échantillon. Par contre, 25,0% des adolescents ont visité un dentiste entre six mois et un an avant l'enquête. L'enquête révèle que 69,7% des adolescents sondés estiment nécessiter un ou des soins dentaires, tel que présentés dans le tableau 9.

Tableau 9: Soins dentaires nécessaires parmi les adolescents affirmant avoir besoin de soins dentaires

Soins dentaires	% d'adolescents
Entretien	57,6%
Plombage, restauration	27,3%
Traitement au fluor	12,1%
Extraction	3,0%
Traitement parodontal	3,0%

Enfin, 30,6% des adolescents ont eu des problèmes ou des douleurs dentaires au cours des 12 mois précédant l'enquête.

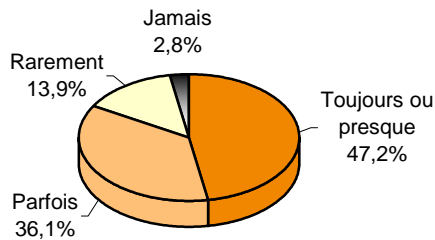
3.3 Habitudes de vie

3.3.1 Alimentation

Près de la moitié des adolescents considère avoir toujours ou presque toujours un régime alimentaire équilibré et nutritif. Par contre, tel que démontré dans le graphique 17, une grande proportion d'entre eux a parfois un régime équilibré et nutritif, alors qu'une proportion non négligeable estime avoir rarement ou jamais un régime équilibré et nutritif.



Graphique 17: Fréquences du régime alimentaire équilibré et nutritif



La consommation d'aliments vides est importante chez les répondants adolescents, comme en fait foi le tableau 10. En effet, on remarque que, pour plus de la moitié des adolescents de l'échantillon, la consommation de boissons gazeuses, de repas-minutes, de gâteaux, de tartes et autres sucreries, de frites et de croustilles oscille entre quelques fois par semaine à plusieurs fois par jour. Le tableau 11, quant à lui, présente la fréquence de consommation des aliments traditionnels chez les adolescents.

Tableau 10: Fréquences de consommation de divers aliments vides

Aliments vides	Jamais ou presque	Moins d'une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
Café ou thé	61,1%	8,3%	8,3%	11,1%	11,1%
Boissons gazeuses	22,2%	16,7%	41,7%	11,1%	8,3%
Repas-minutes	13,9%	33,3%	50,0%	-	2,8%
Gâteaux, tartes, biscuits, bonbons, chocolat	19,4%	16,7%	27,8%	22,2%	13,9%
Frites, croustilles, bretzels, bannique	11,1%	16,7%	58,3%	8,3%	5,6%
Ajout de sel	44,4%	8,3%	16,7%	8,3%	22,2%
Ajout de sucre	41,7%	11,1%	19,4%	16,7%	11,1%

Tableau 11: Fréquences de consommation d'aliments traditionnels

Aliments traditionnels	Souvent	Quelques fois	Pas du tout
Baies ou autres fruits sauvages	31,4%	54,3%	14,3%
Gros gibier	27,8%	52,8%	19,4%
Bannique	25,0%	66,7%	8,3%
Poissons d'eau douce	16,7%	52,8%	30,6%
Poissons d'eau salée	14,3%	34,3%	51,4%
Gibier à plumes	11,1%	55,6%	33,3%
Petit gibier	11,1%	44,4%	44,4%
Autres aliments des cours d'eau	8,3%	33,3%	58,3%
Soupe de maïs	2,8%	27,8%	69,4%

Enfin, au cours des 12 mois précédant l'enquête, pour les trois quarts des adolescents, une tierce personne a parfois partagé des aliments traditionnels avec des membres de leur ménage, alors que 14,7% estiment que ce partage a été plus fréquent.

3.3.2 Activités physiques et activités sédentaires

3.3.2.1 Activités physiques

42,9% des adolescents disent passer entre une et cinq heures par semaine à pratiquer une activité qui accélère généralement la fréquence cardiaque et le rythme respiratoire. De plus, 20,0% y consacrent entre onze et vingt heures par semaine, alors que 8,6% ne font aucune activité. Le graphique suivant présente la fréquence de participation à des activités de la sorte alors que le tableau 12 présente les différentes activités physiques pratiquées par les adolescents.

Graphique 18: Fréquences de la pratique d'activités physiques accélérant généralement la fréquence cardiaque et le rythme respiratoire

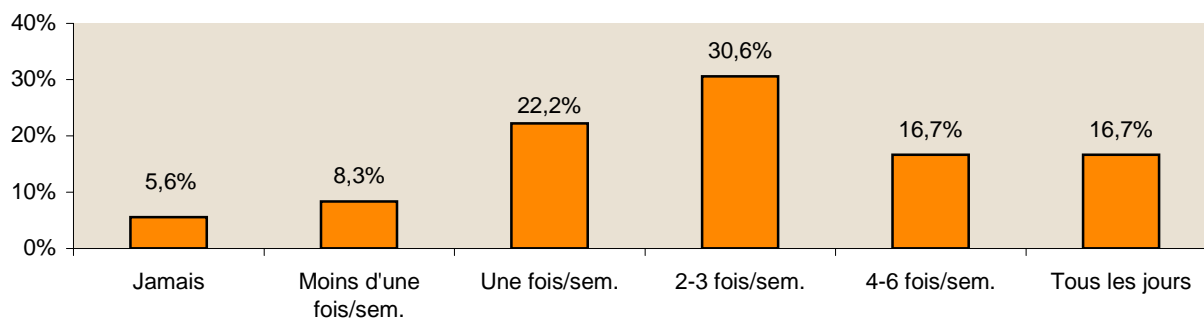


Tableau 12: Proportions d'adolescents pratiquant diverses activités physiques (12 mois précédant l'enquête)

Activités physiques	% d'adolescents	Activités physiques	% d'adolescents
Marche	94,4%	Poids et haltères	25,0%
Bicyclette	75,0%	Pêche	22,2%
Course	66,7%	Gymnastique aérobique	19,4%
Sport de compétition ou de groupe	66,7%	Quilles	19,4%
Randonnée pédestre	38,9%	Ski	16,7%
Natation	36,1%	Planche à roulettes	16,7%
Canot	33,3%	Raquette	13,9%
Patin à glace	33,3%	Cueillette de baies ou d'autres aliments	13,9%
Chasse, piégeage	27,8%	Golf	8,3%
Danse	25,0%	Arts martiaux	8,3%
Patin à roulette	25,0%		

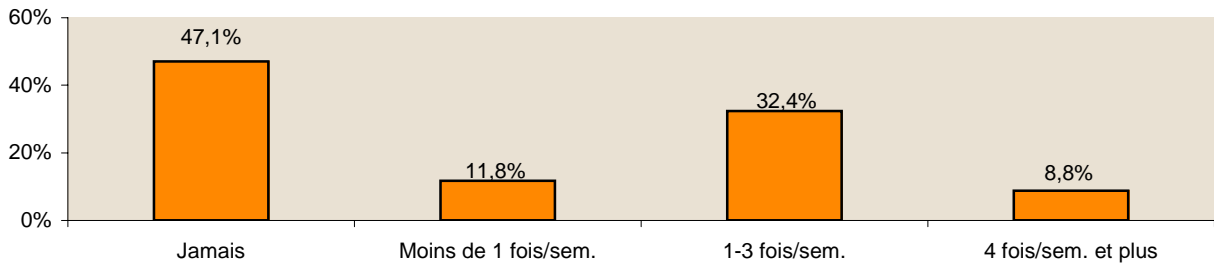
3.3.2.2 Programmes et loisirs

En dehors des heures de classe :

- 86,2% des répondants ne font pas partie d'un cours ou d'un groupe artistique ou musical;
- 93,1% ne font pas partie d'un cours ou d'un groupe de chant ou de danse traditionnelle;
- 86,2% n'occupent pas d'emploi de gardien(ne) d'enfant, ni ne travaillent dans un magasin ou ne donnent des cours.

Quant à la pratique de sports en équipe ou d'un programme sportif, bien que le graphique ci-dessous témoigne que près de la moitié ne fait partie d'aucune équipe sportive ou programme sportif, il faut se rappeler que de nombreux adolescents pratiquent des activités physiques ou sportives (voir graphique 18 et tableau 12).

Graphique 19: Fréquences de participation à une équipe sportive ou à un programme sportif (en dehors des heures de classes)



3.3.2.3 Activités sédentaires

Cette section examine la fréquence de la pratique de certaines activités dites sédentaires. Nous constatons qu'une proportion considérable d'adolescents passe de nombreuses heures quotidiennement à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo ou à utiliser un ordinateur.

A) Télévision

44,4% des adolescents rencontrés passent de 1 à 2 heures quotidiennement devant la télévision, alors que la même proportion y consacre de 3 à 5 heures quotidiennement.

B) Jeux vidéo

La moitié des adolescents (50,0%) ne joue pas du tout ou joue moins d'une heure quotidiennement à des jeux vidéo alors que 27,8% jouent de 1 à 2 heures et 22,2% jouent de 3 à 5 heures.

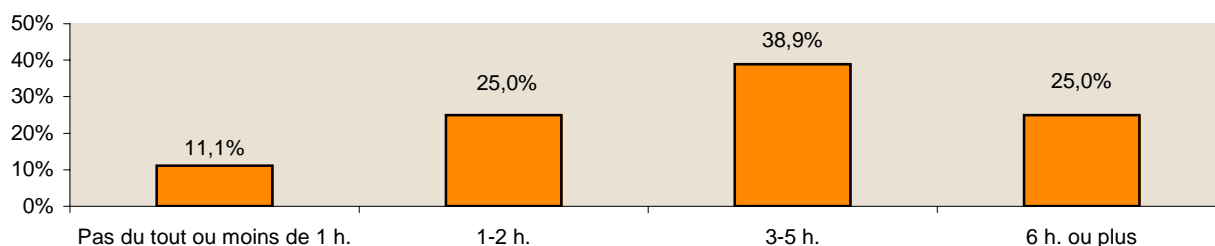
C) Ordinateur

55,6% des adolescents interrogés passent de 1 à 2 heures par jour devant un écran d'ordinateur. Également, 19,4% y consacrent de 3 à 5 heures alors que 22,2% s'en abstiennent ou passent moins d'une heure par jour devant l'ordinateur.

D) Activités extérieures

Bien que près de la moitié des adolescents rencontrés ne pratique aucun sport d'équipe ou ne fait partie d'aucun programme sportif, la plupart des répondants passent généralement beaucoup de temps à l'extérieur (graphique 20). Durant ces heures, ils s'adonnent à la marche, à la bicyclette, à la course et autres activités physiques ou sportives, telles que présentées au tableau 12.

Graphique 20: Nombre d'heures consacrées quotidiennement à des activités extérieures



E) Travaux ménagers

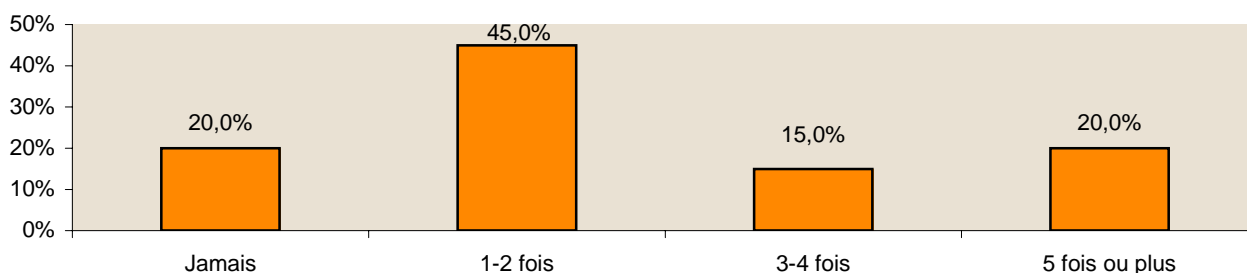
61,1% des adolescents interrogés font des travaux ménagers de 1 à 2 heures par jour, alors que 30,6% ne font aucuns travaux ménagers ou y dédient moins d'une heure par jour.

3.3.3 Style de vie

3.3.3.1 Tabagisme

58,3% des adolescents rencontrés lors de l'enquête fument et 90,5% d'entre eux fument tous les jours. Parmi les fumeurs, 42,9% ont commencé à fumer avant l'âge de douze ans et fument dix cigarettes et plus quotidiennement. Enfin, précisons que 52,8% des maisons des répondants n'offrent pas un environnement sans fumée.

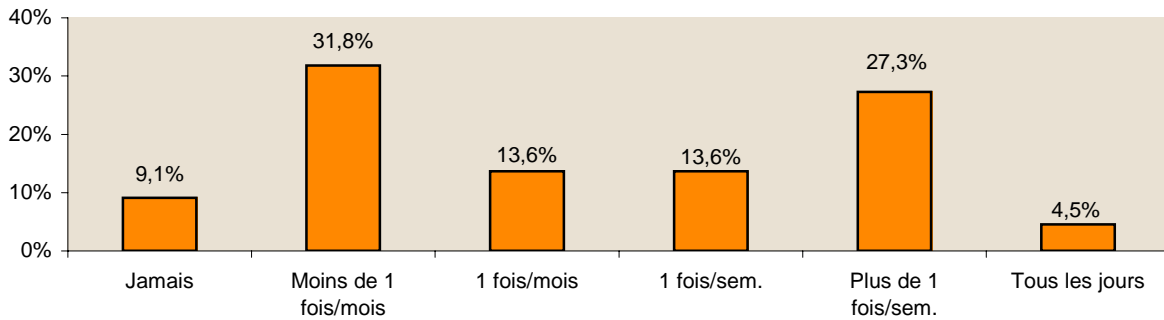
Graphique 21: Nombre de tentatives pour cesser de fumer des adolescents ayant tenté de cesser de fumer (12 mois précédant l'enquête)



3.3.3.2 Consommation d'alcool

63,9% des adolescents interrogés ont bu de la bière, du vin, des spiritueux ou d'autres boissons alcoolisées dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces derniers, un certain nombre a consommé 5 verres ou plus d'alcool lors d'une seule occasion, tel que présenté dans le graphique suivant.

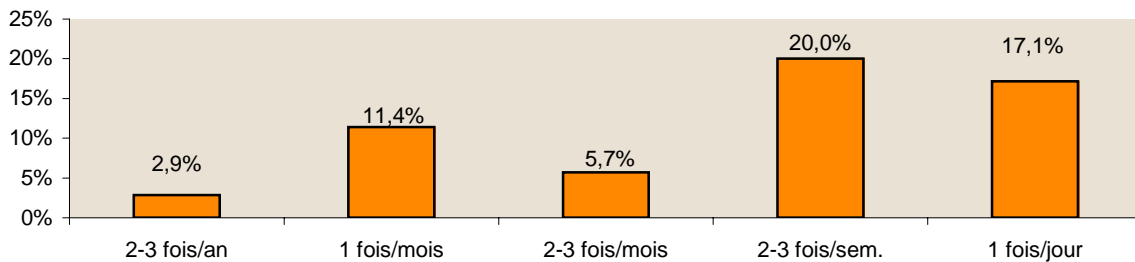
Graphique 22: Fréquences de consommation de 5 verres d'alcool ou plus lors d'une seule occasion parmi les adolescents ayant déjà consommé de l'alcool (12 mois précédant l'enquête)



3.3.3.3 Consommation de drogues et de substances volatiles

57,1% des adolescents rencontrés ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. La totalité de ces derniers a fumé de la marijuana. Le graphique suivant présente la fréquence de consommation de marijuana parmi les consommateurs de cette drogue.

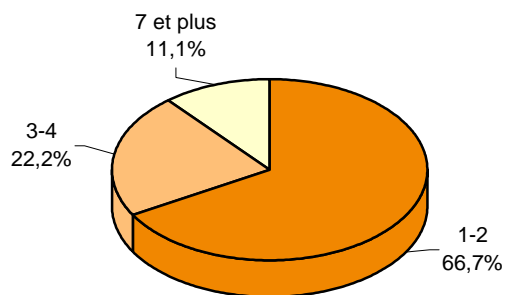
Graphique 23: Fréquences de consommation chez les consommateurs de marijuana (12 mois précédant l'enquête)



3.3.3.4 Santé sexuelle – Contraception et maladies transmises sexuellement (MTS)

55,6% des adolescents interrogés sont actifs sexuellement et 90,0% de ces derniers ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le graphique 24 présente le nombre de partenaires sexuels des adolescents actifs sexuellement.

Graphique 24: Nombre de partenaires sexuels des adolescents actifs sexuellement (12 mois précédant l'enquête)



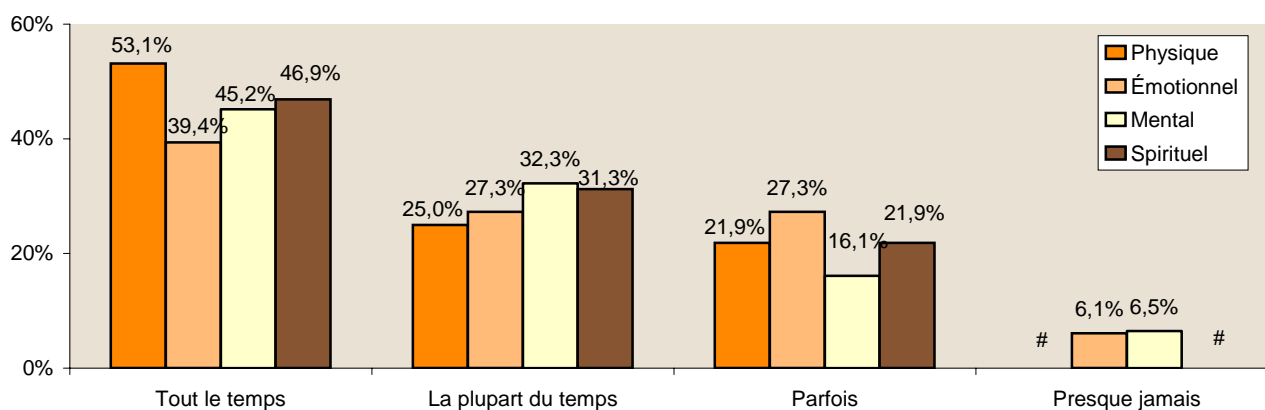
La grande majorité des adolescents actifs sexuellement (94,4%) utilisent le condom comme méthode contraceptive. 82,4% de ces derniers l'utilisent principalement comme protection contre les maladies transmises sexuellement (MTS). Parmi ceux-ci, 61,1% utilisent toujours le condom pour se protéger des MTS, alors que 27,8% le font la plupart du temps. Enfin, les principales raisons pour ne pas utiliser le condom sont le fait d'avoir un partenaire régulier et le fait de ne pas avoir de condom sous la main au moment de la relation sexuelle.

3.3.4 Bien-être personnel et social

3.3.4.1 Bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel

Parmi les adolescents rejoints par cette enquête, 50,0% obtiennent un haut niveau d'équilibre dans les quatre dimensions du bien-être (physique, émotionnel, mental et spirituel), alors que 46,7% ont un niveau d'équilibre moyen. Le graphique ci-dessous précise ces résultats.

Graphique 25: Fréquences de l'atteinte de l'équilibre selon quatre dimensions du bien-être



3.3.4.2 Indicateurs d'estime personnelle et d'autodétermination

Un indicateur d'estime personnelle a été développé selon les réponses données aux questions répertoriées dans le tableau 13. Suite à l'analyse des résultats, 69,4% des répondants obtiennent un degré d'estime personnelle très fort et 22,2%, un degré fort.

Tableau 13: Perceptions des adolescents sur divers énoncés concernant l'estime personnelle

Énoncés	Fortement en accord	En accord	Ni en accord, ni en désaccord	En désaccord
En général, j'aime ma personnalité	47,2%	44,4%	5,6%	2,8%
Dans l'ensemble, j'ai des raisons d'être fier(e) de moi	44,4%	41,7%	13,9%	-
Beaucoup de choses me concernant sont bonnes	47,1%	41,2%	8,8%	2,9%
Lorsque je fais quelque chose, je le fais bien	36,1%	55,6%	8,3%	-

L'enquête révèle que 30,6% des adolescents disent se sentir un peu seuls, alors que 63,9% disent ne pas du tout se sentir seuls. De plus, 52,8% déclarent se sentir beaucoup aimés, 16,7% se sentent assez aimés et 22,2% se sentent modérément aimés. Enfin, 47,2% ne se sentent pas du tout stressés, 27,8% se sentent un peu stressés et 13,9% se sentent modérément stressés. Le tableau 14 expose les perceptions des adolescents concernant leur sentiment d'autodétermination.

Tableau 14: Perceptions des adolescents sur divers énoncés concernant l'autodétermination

Énoncés concernant l'autodétermination	Fortement en accord	En accord	Ni en accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord
Je peux régler mes problèmes	36,1%	50,0%	13,9%	-	-
Personne ne me bouscule dans la vie	36,1%	36,1%	16,7%	11,1%	-
Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie	27,8%	61,1%	5,6%	5,6%	-
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	22,9%	62,9%	14,3%	-	-
Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de la vie	3,1%	12,5%	25,0%	46,9%	12,5%
Ce qui m'arrivera dans le futur dépend en grande partie de moi	31,4%	60,0%	2,9%	5,7%	-
Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer les choses importantes de ma vie	12,1%	42,4%	9,1%	24,2%	12,1%

3.3.5 Agents de support

3.3.5.1 Support social

La famille et les amis constituent les agents de support privilégiés des adolescents, suivi des divers intervenants sociaux. Les professionnels de la santé arrivent au dernier rang. Le tableau 15 détaille les agents de support auxquels l'adolescent a parlé de sa santé émotionnelle et mentale dans les 12 mois précédant l'enquête.

Tableau 15: Proportions d'adolescents ayant fait appel à divers confidents à propos de leur santé mentale ou émotionnelle (12 mois précédant l'enquête)

Confidents	% d'adolescents
Ami	74,3%
Membre de la famille immédiate	65,7%
Autre membre de la famille	34,3%
Psychologue	20,0%
Travailleur social	20,0%
Médecin de famille	11,4%
Guérisseur traditionnel	8,6%
Infirmière	8,6%
Psychiatre	5,7%
Conseiller	2,9%
Représentant en santé communautaire	2,9%

Précisons qu'aucun adolescent ne s'est confié à une ligne d'écoute téléphonique dans les 12 mois précédant l'enquête. Le tableau suivant suggère que plusieurs adolescents ont accès à du support social dans leur entourage quand ils en ont besoin.

Tableau 16: Disponibilité du support social pour les adolescents

Support social disponible	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Presque jamais
Personne de confiance pour parler quand le besoin se fait sentir	66,7%	22,2%	5,6%	5,6%
Personne de confiance quand vous avez besoin d'aide	75,0%	13,9%	11,1%	-
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin	75,0%	11,1%	11,1%	2,8%
Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection	83,3%	13,9%	2,8%	-
Quelqu'un qui permet de prendre une pause dans la routine	55,6%	27,8%	11,1%	5,6%
Quelqu'un avec qui avoir du bon temps	77,8%	13,9%	8,3%	-
Confident à qui parler de vous ou de vos problèmes	69,4%	19,4%	8,3%	2,8%
Quelqu'un avec qui faire des choses agréables	72,2%	19,4%	5,6%	2,8%

Le tableau suivant confirme que les parents et les amis constituent les agents de support social ou les confidents de la majorité des adolescents rencontrés, et ce, lorsqu'ils rencontrent ou s'ils rencontreraient divers types de problèmes.

Tableau 17: Personnes à qui les adolescents demanderaient de l'aide s'ils avaient divers problèmes personnels

Problèmes personnels	Parent / tuteur	Autre membre de la famille	Amis du même âge	Ami d'âge adulte	Médecin, infirmière	Directeur, conseiller scolaire, enseignant	Autre	Aucune personne
Problèmes familiaux	37,1%	22,9%	22,9%	8,6%	-	8,6%	-	-
Problèmes amoureux	23,5%	5,9%	47,1%	2,9%	-	-	20,6%	-
Problèmes de drogue ou d'alcool	32,4%	2,9%	35,3%	5,9%	11,8%	2,9%	2,9%	2,9%
Colère, perte de contrôle	25,0%	2,8%	33,3%	11,1%	5,6%	2,8%	2,8%	16,7%
Dépression	38,2%	8,8%	20,6%	14,7%	11,8%	2,9%	-	-
Problèmes avec des amis	33,3%	2,8%	41,7%	11,1%	-	2,8%	5,6%	2,8%
Abus sexuels/ physiques	54,3%	2,9%	14,3%	2,9%	11,4%	2,9%	11,4%	-
MTS	45,7%	2,9%	8,6%	-	40,0%	-	-	2,9%
Méthodes contraceptives	38,2%	5,9%	17,6%	2,9%	26,5%	-	2,9%	5,9%
Grossesse	45,5%	15,2%	12,1%	6,1%	18,2%	-	-	3,0%

3.3.5.2 Suicide

Le tiers des adolescents interrogés a connu un ami ou un membre de la famille qui s'est suicidé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

De plus, 30,6% des adolescents interrogés ont déjà pensé au suicide entre l'âge de 12 et 17 ans. La moitié de ceux qui ont déjà pensé au suicide ont fait une tentative de suicide.

Enfin, 29,4% des adolescents rencontrés se sont sentis déprimés durant deux semaines ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête.

3.3.5.3 Pensionnats

28,1% des adolescents rencontrés ont un ou plusieurs parents qui ont fréquenté les pensionnats autochtones. Enfin, 16,0% des adolescents ont au moins un de leurs grands-parents qui a fréquenté un pensionnat autochtone.

3.4 Conclusion de la section Santé des adolescents (12 à 17 ans)

Dans le cadre de cette enquête, nous avons poursuivi l'étude de 1997 sur la santé des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain. Il est toutefois difficile de comparer directement certains résultats avec l'enquête de 1997 puisque bon nombre de questions n'ont pas été abordées de la même façon. De plus, l'échantillon de 1997 ne rassemblait que des membres des Premières Nations vivant à Montréal, alors que pour la phase 2002, les répondants habitent également à Québec et à Val d'Or.



Profil démographique

- ◆ 91,7% des adolescents rencontrés dans les villes de Montréal, Québec et Val d'Or fréquentaient l'école au moment de l'enquête; les deux tiers d'entre eux étaient au secondaire. Plus des trois quarts ont rapporté diverses difficultés d'apprentissage à l'école.
- ◆ Pour plus de la moitié des adolescents rencontrés, il est très important de parler leur langue des Premières Nations. De plus, près des trois quarts des adolescents considèrent que les événements culturels traditionnels sont très importants dans leur vie.

État de santé

- ◆ 58,1% des adolescents rencontrés affichent un poids normal. De plus, 60,0% se disent en excellente ou en très bonne santé.
- ◆ 55,6% des répondants ont passé un examen de la vue dans les 12 mois précédant l'enquête, alors que 13,9% ont passé un examen physique complet.

Habitudes de vie

- ◆ Bien que près de la moitié des adolescents rencontrés considère avoir toujours ou presque toujours un régime alimentaire équilibré et nutritif, la consommation d'aliments vides est importante. Quant à la pratique d'activités physiques, la moitié des répondants en font une à trois fois par semaine.
- ◆ 58,3% des adolescents fument. 90,5% d'entre eux fument tous les jours et un peu moins de la moitié a commencé à fumer avant l'âge de douze ans. Plus de la moitié des maisons n'offrent pas un environnement sans fumée.
- ◆ Près des deux tiers des répondants ont consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête et plus du quart d'entre eux ont consommé plus d'une fois par semaine. Par ailleurs, 57,1% des adolescents ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, la totalité a fumé de la marijuana. Chez les consommateurs de marijuana, 20,0% en ont fumé à raison de deux à trois fois par semaine, alors que 17,1% en ont fumé à tous les jours.
- ◆ Plus de la moitié des adolescents rencontrés sont actifs sexuellement. 94,4% de ces derniers utilisent le condom comme méthode contraceptive.
- ◆ Enfin, le tiers des adolescents interrogés a connu un ami ou un membre de sa famille qui s'est suicidé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Près du tiers des répondants (30,6%) a d'ailleurs déjà pensé au suicide; la moitié de ces derniers a fait une tentative de suicide.

Section 4: La santé des adultes (18 ans et plus)

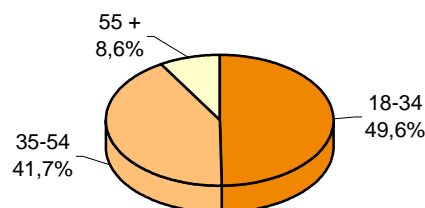
La santé des adultes (18 ans et plus)

4.1 Profil démographique

4.1.1 Sexe, âge et lieu de résidence

L'échantillon des adultes des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain comporte 59,3% de femmes et 40,7% d'hommes.

Graphique 26: Répartition des adultes par groupe d'âge



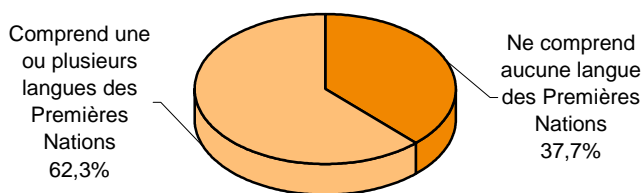
38,1% des femmes de l'échantillon sont âgées entre 35 et 54 ans, contre 47,2% des hommes. La moitié de la population adulte des deux sexes a entre 18 et 34 ans. Enfin, la majorité des 55 ans et plus sont des femmes.

4.1.2 Langues des Premières Nations

53,2% des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain comprennent ou parlent avec aisance deux langues, alors que 31,4% n'en comprennent ou n'en parlent qu'une seule. Il ne faut pas s'étonner que 58,6% des répondants utilisent le plus souvent le français comme langue d'usage puisque Québec et Val d'Or sont des villes francophones. Bien que seulement 28,0% des répondants utilisent l'anglais (et ce, principalement à Montréal qui est une ville bilingue), 73,1% des gens le comprennent avec aisance, alors qu'ils ne sont que 53,0% à disposer de la même facilité avec le français.

- À Montréal, 53,5% des répondants utilisent le plus souvent l'anglais, ce qui diffère des 70,0% en 1997. De plus, 74,8% comprennent avec aisance le français et 49,6% le parlent avec aisance.
- À Québec, bien que 85,8% des répondants adultes des Premières Nations utilisent le plus souvent le français, 96,2% comprennent l'anglais avec aisance.
- 68,6% des répondants domiciliés à Val d'Or utilisent le plus souvent le français, alors que 82,9% comprennent l'anglais avec aisance.

Graphique 27: Compréhension d'une ou plusieurs langues des Premières Nations

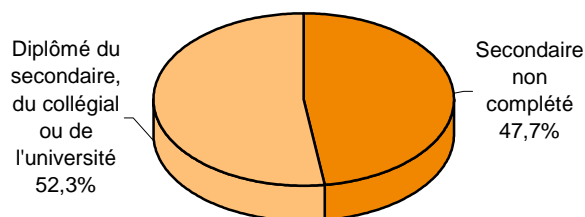


On trouve pratiquement le même pourcentage de personnes comprenant une ou plus d'une langue des Premières Nations (62,3%) que de personnes parlant ces langues avec aisance ou assez bien (60,4%).

Les femmes semblent plus douées, ou plus intéressées, par les langues : 57,7% comprennent avec aisance deux langues, contre 48,6% des hommes, alors qu'elles sont 55,1% à parler deux langues avec aisance, contre 51,4% des hommes. Cependant, 67,3% de ces derniers comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations, contre 59,6% des femmes.

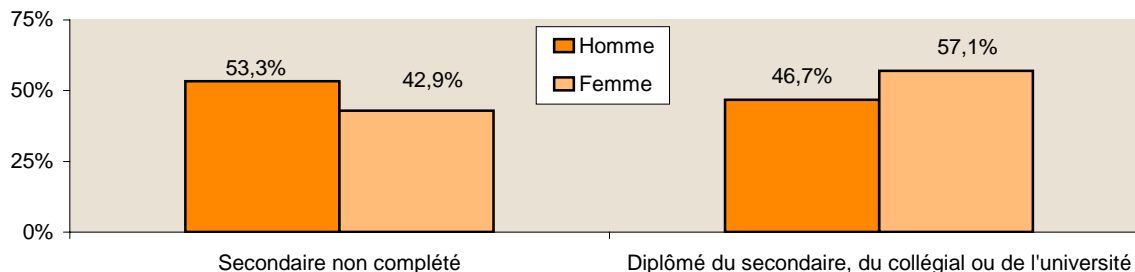
4.1.3 Éducation

Graphique 28: Niveau de scolarité des répondants adultes



Ces résultats sont similaires à ce que l'on retrouve chez les adultes vivant dans les communautés, où 49,0% n'ont pas complété leurs études secondaires et 52,0% détiennent un diplôme secondaire, collégial ou universitaire.

Graphique 29: Niveau de scolarité des répondants adultes, par sexe



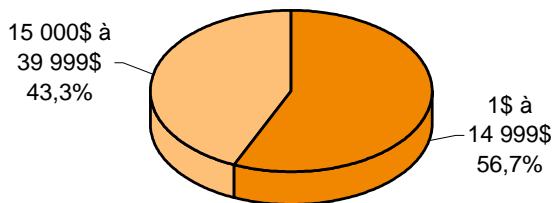
65,7% des répondants de Val d'Or n'ont pas de diplôme d'études secondaires, comparativement à 59,8% des répondants de Montréal et à 53,8% de ceux de Québec.

Enfin, notons que plus du quart des femmes et moins du quart des hommes fréquentaient l'école au moment de l'enquête, ce qui représente plus du double des adultes vivant dans les communautés. En effet, le tiers des répondants de Québec, le quart de ceux de Val d'Or et moins d'un répondant sur cinq de Montréal fréquentaient l'école au moment de l'enquête.

4.1.4 Emploi et revenu

Bien que 46,4% des membres des Premières Nations rencontrés aient reçu des revenus provenant d'un ou de plusieurs emplois dans les 12 mois précédant l'enquête (plus des deux tiers d'entre eux travaillaient 35 heures et plus par semaine), 61,9% étaient sans emploi au moment de l'enquête, soit 62,6% des hommes (48,9% dans les communautés) et 60,9% des femmes (53,0% dans les communautés). Enfin, 65,2% des 18 à 34 ans ne travaillaient pas au moment de l'enquête, comparativement à 55,0% des 35 à 54 ans et à 73,9% des 55 ans et plus.

Graphique 30: Revenu annuel individuel brut (2001)



Précisons que ce revenu individuel brut est calculé sur une base annuelle et qu'il peut combiner plusieurs sources de revenu. À ce sujet, 43,3% des répondants ont affirmé obtenir leur revenu d'une seule source, alors que 35,8%, de deux sources. Également, 49,6% des répondants ont affirmé recevoir un revenu du gouvernement⁸ (proportion similaire dans les communautés). Parmi ceux-ci, 40,1% reçoivent des prestations de la sécurité du revenu (23,7% dans les communautés).

Pour ce qui est des différences entre les genres, 58,2% des hommes ont un revenu brut de moins de 15 000\$, comparativement à 52,3% des femmes. 45,1% de ces dernières ont déclaré un revenu de 15 000\$ et plus. Quant aux revenus annuels des ménages, la situation apparaît plus précaire pour les ménages vivant hors communauté en milieu urbain que pour les ménages vivant dans les communautés. En effet, 40,9% disposent de moins de 20 000\$ (24,3% dans les communautés), alors que 59,1% ont un revenu brut de 20 000\$ et plus (75,7% dans les communautés). 69,7% des ménages des Premières Nations de la ville de Québec ont un revenu de 20 000\$ et plus, comparativement à 51,5% de ceux de Montréal.

⁸ Assurance-emploi (chômage), sécurité du revenu (aide sociale), sécurité de la vieillesse de base, prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, pension d'ancien combattant, prestation fiscale pour enfant, indemnités des accidents de travail, allocation pour personne handicapée, étude ou formation.

Le tableau 18 présente les proportions d'adultes ayant reçu diverses formes de revenu.

Tableau 18: Sources de revenu, par lieu de résidence (2001)

Sources de revenu (2001)	Montréal	Québec	Val d'Or
Travailleur autonome	10,3%	2,8%	2,9%
Sécurité du revenu	46,0%	32,1%	42,9%
Prestation fiscale pour enfant	9,6%	14,2%	54,3%
Étude ou formation	10,3%	24,5%	34,3%

4.1.5 Renseignements sur le ménage

54,1% des répondants étaient célibataires au moment de l'enquête (dont 72,0% des 18 à 34 ans), ce qui est une situation similaire à celle de 1997, où l'on comptait 56,0% de célibataires à Montréal. Plus du tiers des adultes sont mariés ou en union de fait (34,3%), ce qui représente une augmentation par rapport à l'enquête de 1997 (25,0% des adultes de Montréal), mais une proportion nettement moins grande que pour les adultes vivant dans les communautés, où un adulte sur deux est marié ou en union de fait.

On dénombre 57,9% d'hommes célibataires, contre 50,6% de femmes. Également, 47,9% des ménages comptaient deux adultes et 36,9% n'en comptaient qu'un seul. 95,5% de ces ménages ne comptent aucun aîné(e) (65 ans et plus).

60,1% des répondants n'ont aucun enfant dans leur ménage, alors que 34,7% en ont de 1 à 3. Une moyenne de 69,7% des femmes avait cependant déjà donné naissance à un enfant : soit 55,6% des femmes de Montréal, 73,1% des femmes de Québec et 91,7% des femmes de Val d'Or. Notons que 7,4% des femmes étaient enceintes au moment de l'enquête. Enfin, près d'un couple sur quatre ayant au moins un enfant vit sous le seuil de pauvreté⁹.

4.1.6 Logement

Plus des trois quarts des logements sont loués par le répondant ou un membre de son ménage (comparativement à un peu plus de la moitié des adultes dans les communautés). Près du tiers de ces logements (31,8%) comptent trois pièces et moins, alors que 43,1% en comptent quatre ou cinq.

4.1.6.1 Accessoires ménagers

- 87,7% des logements ont un détecteur de fumée, 50,6% un extincteur d'incendie et 10,8% sont équipés d'un détecteur de monoxyde de carbone;
- 97,3% des logements ont un réfrigérateur et 97,7% ont une cuisinière (99,3% dans les communautés);
- 99,6% des logements ont l'électricité, l'eau chaude et l'eau froide courante ainsi qu'une toilette à chasse d'eau. 90,2% sont reliés au service d'égouts et 95,1% ont un service de collecte des ordures ménagères;
- 97,3% des logements ont une canalisation comme principale source d'approvisionnement en eau. Bien que 83,6% des répondants considèrent l'eau courante comme étant potable, 60,4% ont également recours à de l'eau embouteillée.

Les répondants des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain semblent légèrement moins bien équipés en terme d'accessoires technologiques ou de communication que ceux vivant dans les communautés. En effet, 46,1% des répondants ont un ordinateur (51,0% des adultes dans les communautés) et 35,3% disposent d'une connexion Internet (39,2% dans les communautés).

⁹ « Québec a défini lui-même le niveau de ce seuil. De manière transitoire, il sera fixé à 10 800 \$ pour une personne seule, 15 500 \$ pour un couple sans enfant et une personne chef de famille monoparentale avec un enfant, et 18 200 \$ pour une personne chef de famille monoparentale avec deux enfants et un couple avec un enfant. Dans le cas d'une personne chef de famille monoparentale avec trois enfants ou plus comme dans celui d'un couple avec deux enfants, le seuil est de 22 000 \$. Pour ce qui est des familles de plus de trois enfants, il s'élève à 24 500 \$ » (Lévesque, K. et Chouinard, T., *Le Devoir*, lundi 10 novembre 2003).

Concernant la qualité des logements, 45,2% des logements nécessitent des réparations majeures ou mineures, alors que 33,6% nécessitent une maintenance régulière (54,8% des logements dans les communautés auraient besoin de réparations majeures ou mineures). Enfin, 32,9% des répondants ont remarqué la présence de moisissures dans leur logement au cours des 12 mois précédant l'enquête (35,8% des adultes dans les communautés).

4.2 État de santé

4.2.1 État de santé général

4.2.1.1 Poids, embonpoint et obésité

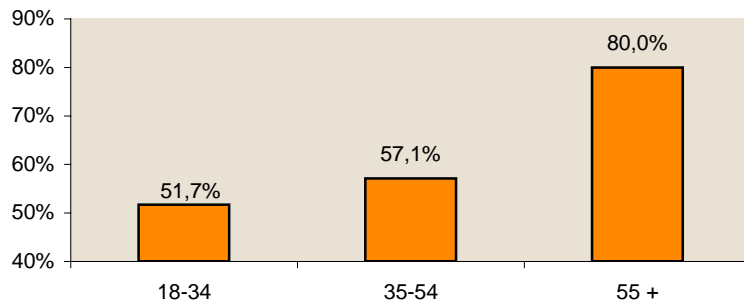
39,3% des adultes affichent un poids normal, alors que 36,8% souffrent d'embonpoint. De plus, plusieurs femmes vivant hors communauté en milieu urbain semblent souffrir d'obésité morbide. Le poids moyen des femmes est en effet supérieur à celui des hommes : 58,2% d'entre elles font de l'embonpoint ou sont obèses, comparativement à 54,5% des hommes¹⁰.

Tableau 19: Taille et poids moyens, par sexe

		Homme	Femme
Taille (cm)	Hors communauté en milieu urbain	168,6	166,3
	Dans les communautés	175,5	162,3
Poids (kg)	Hors communauté en milieu urbain	75,1	76,2
	Dans les communautés	87,7	76,2

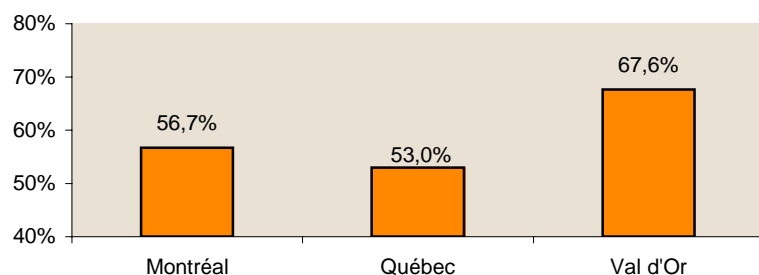
Le graphique 31 illustre l'influence de l'âge sur le pourcentage de personnes souffrant d'obésité et d'embonpoint. Enfin, le graphique 32 présente les proportions d'adultes souffrant d'embonpoint ou d'obésité par lieu de résidence.

Graphique 31: Proportions d'adultes souffrant d'embonpoint ou d'obésité, par groupe d'âge



¹⁰ Ces catégories proviennent de l'indice de masse corporelle (IMC) : inférieur à 20 (poids insuffisant), 20-24,9 (poids acceptable), 25-26,9 (poids un peu excédentaire) et 27 ou plus (embonpoint). L'IMC est un outil utilisé pour déterminer le poids santé d'un individu. En calculant le poids (kg) d'un individu divisé par sa taille au carré (mètres), on obtient l'indice de masse corporelle.

Graphique 32: Proportions d'adultes souffrant d'embonpoint ou d'obésité, par lieu de résidence



47,8% des répondants déclarent qu'en général, leur état de santé est excellent ou très bon, alors que 36,6% l'estiment bon, ce qui représente des résultats similaires à ce que l'on retrouve chez les adultes dans les communautés. Alors que 53,8% des femmes considèrent leur état de santé excellent ou très bon, 43,0% des hommes le jugent bon. Notons que les perceptions positives de l'état de santé tendent naturellement à diminuer avec l'âge. Enfin, alors que 44,2% des résidents de Montréal et de Québec qualifient leur état de santé d'excellent ou de très bon (56,2% à Montréal en 1997), ils sont 71,4% à porter le même jugement à Val d'Or.

En interrogeant les répondants sur les raisons expliquant leur bonne santé générale, on obtient les réponses présentées au tableau suivant.

Tableau 20: Proportions d'adultes considérant diverses raisons pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé

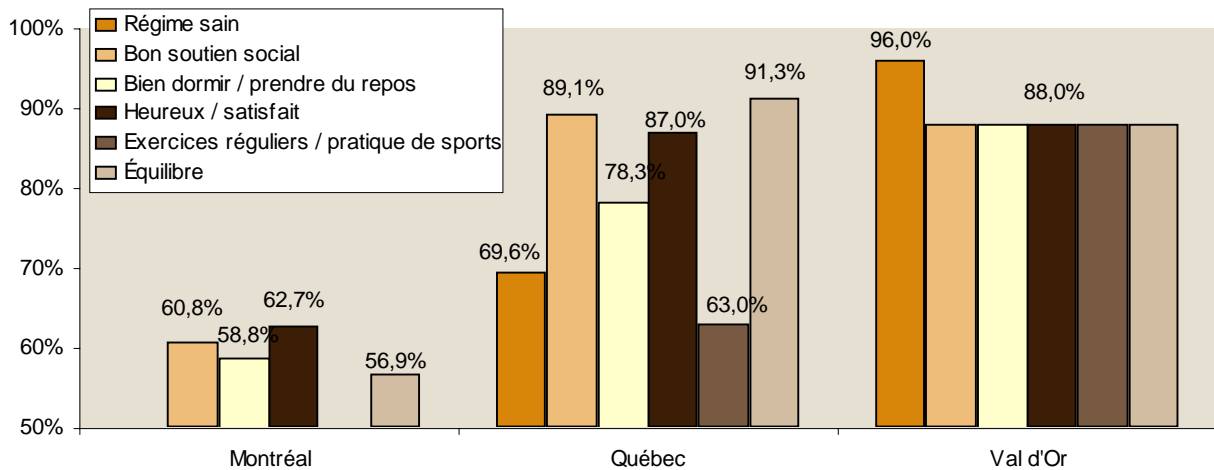
Raisons pour une bonne ou une excellente santé	Homme	Femme
Régime sain	69,2%	68,8%
Peu de stress	56,4%	57,5%
Bon soutien social	76,9%	78,8%
Bien dormir/prendre du repos	79,5%	67,5%
Heureux/satisfait	71,8%	78,8%
Exercices réguliers/pratique de sports	69,2%	51,3%
Équilibre	82,1%	73,8%

Les proportions de répondants qui considèrent ces raisons tendent à diminuer avec l'âge, à l'exception des éléments « Peu de stress » et « Bien dormir/prendre du repos », où les 35 à 54 ans sont plus nombreux que les 18 à 34 ans à les considérer.



Le graphique 33 présente les raisons justifiant une très bonne ou une excellente santé par lieu de résidence.

Graphique 33: Proportions d'adultes considérant diverses raisons pour justifier le fait d'être en très bonne ou en excellente santé, par lieu de résidence



4.2.2 Problèmes médicaux

4.2.2.1 Problèmes médicaux

47,8% des répondants ont affirmé qu'ils étaient atteints d'au moins un problème médical. Parmi ces derniers, 64,8% souffrent d'un ou de deux problèmes médicaux et 35,2% souffrent de trois problèmes médicaux ou plus.

Enfin, 77,1% des répondants de Val d'Or ont affirmé qu'ils n'étaient atteints d'aucun problème médical, comparativement à 52,0% à Montréal et à 44,3% à Québec. Parmi les adultes ayant affirmé qu'ils étaient atteints de problèmes médicaux, le tableau suivant présente les problèmes les plus fréquemment mentionnés.

Tableau 21: Proportions d'adultes atteints de divers problèmes médicaux

Problèmes médicaux	% d'adultes
Musculo-squelettique	16,0%
Respiratoire	15,3%
Cardiovasculaire	12,3%
Visuel ou auditif	11,9%
Maladie infectieuse	10,1%
Neurologique ou cognitif	7,8%

Les proportions de répondants atteints de problèmes médicaux tendent naturellement à augmenter avec l'âge et les résidents de Montréal sont en général les plus touchés, à l'exception des troubles respiratoires, où Québec arrive au premier rang.

Quant au revenu annuel individuel, l'échantillon révèle que les gens qui gagnent moins de 15 000\$ par année sont plus nombreux à être atteints par des problèmes médicaux que ceux qui gagnent 15 000\$ et plus, à l'exception des problèmes musculo-squelettiques et cardiovasculaires.

Tableau 22: Proportions d'adultes atteints d'un problème médical, ayant des limitations physiques conséquentes au problème médical et recevant un traitement

Problèmes médicaux	% d'adultes atteints	% d'adultes ayant des limitations physiques	% d'adultes recevant un traitement pour ce problème
Allergies	19,8%	9,6%	24,5%
Asthme	13,8%	-	75,7%
Hypertension artérielle (1)	9,4%	30,4%	84,0%
Problèmes de l'estomac ou des intestins	9,0%	29,2%	-
Tuberculose	8,3%	4,8%	14,3%
Maux de dos chroniques	8,2%	77,3%	-
Arthrite	7,1%	-	-
Déficiences auditives	6,4%	-	11,8%
Diabète	6,4%	-	-
Bronchite chronique	4,2%	-	-
Problèmes de la glande thyroïde	4,2%	-	90,9%
Maladies du foie (excluant l'hépatite)	4,1%	-	9,1%
Troubles psychologiques ou nerveux	3,7%	-	-
Maladies du cœur	3,4%	-	-
Cancer	3,0%	-	-
Troubles d'apprentissage	2,6%	-	14,3%
Ostéoporose	2,6%	-	-
Hépatite	2,3%	-	-
VIH / Sida	1,9%	-	-
Rhumatismes	1,9%	-	-

(1) Certains cas sont reliés à une grossesse

L'enquête révèle que les proportions de répondants atteints de maladies augmentent avec l'âge, avec cependant quelques exceptions : les cas de bronchite chronique sont plus nombreux chez les 35 à 54 ans (suivis des 55 ans et plus). Quant aux troubles d'apprentissage, aucun cas n'a été recensé chez les 55 ans et plus. Ceci est probablement dû au fait que les jeunes sont plus enclins à être en situation d'apprentissage (école, formation etc.).

Pour la plupart des maladies, Montréal et Québec partagent le premier rang, à l'exception des bronchites chroniques dont souffre une plus grande proportion des adultes vivant à Val d'Or.

Nous n'avons pu établir de relation entre l'asthme, les bronchites chroniques, les allergies, les maladies du cœur ainsi que l'hypertension artérielle avec la présence de moisissures dans la maison, les habitudes de tabagisme des individus concernés ou des effets de la fumée secondaire sur la santé.

4.2.2.2 Diabète

Contrairement à ce que l'on remarque chez les adultes vivant dans les communautés, les hommes sont plus nombreux à être atteints de diabète que les femmes, soit près d'un homme sur dix comparativement à près d'une femme sur vingt.

Pour 88,2% des diabétiques, leur maladie ne donna pas lieu à des infections et aucun n'a subi d'amputation. Dans les communautés, c'est plus du tiers des diabétiques qui ont affirmé avoir eu des problèmes reliés à la maladie.

21,4% des diabétiques misent sur l'activité physique pour contrôler leur maladie (contre 43,3% dans les communautés), alors qu'un diabétique sur cinq mise sur l'adoption d'un style de vie plus sain (contre plus des trois quarts dans les communautés). Un diabétique sur sept a recours aux cérémonies traditionnelles ou à l'assistance d'un guérisseur traditionnel (alors que dans les communautés, c'est plus d'un diabétique sur dix).

4.2.2.3 Consommation de médicaments non prescrits

Les femmes sont généralement plus nombreuses à consommer des médicaments non prescrits, à l'instar de leurs consœurs vivant dans les communautés.

Tableau 23: Consommation de médicaments non prescrits selon le lieu de résidence

Médicaments non prescrits	Hors communauté en milieu urbain	Dans les communautés
Analgésiques	53,4%	59,4%
Vitamines ou minéraux	46,2%	37,6%
Produits naturels	42,6%	32,2%
Sirop (toux)	32,9%	46,2%
Tranquillisants	22,0%	8,4%
Somnifères	11,6%	10,5%
Laxatifs	5,2%	11,9%

Les répondants de Montréal sont généralement plus nombreux à consommer des médicaments non prescrits, à l'exception des produits naturels et des tranquillisants. Enfin, la consommation de somnifères et de laxatifs semble augmenter avec l'âge (le même constat a été fait chez les adultes vivant dans les communautés).

4.2.3 Blessures physiques

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, un répondant sur dix vivant hors communauté en milieu urbain a subi au moins une blessure nécessitant les soins d'un professionnel de la santé (cette proportion double chez les adultes vivant dans les communautés). À Montréal, cette proportion grimpe au quart des répondants. Le tableau 24 dresse la liste de ces blessures. Rappelons que ces proportions ne concernent que les répondants qui ont eu au moins une blessure dans les 12 mois précédant l'enquête.

Tableau 24: Proportions d'adultes ayant subi divers types de blessures physiques (12 mois précédant l'enquête)

Types de blessures	% d'adultes
Coupure, éraflure ou contusion d'importance	43,4%
Entorse ou foulure d'importance	26,4%
Fracture	22,6%
Commotion	13,5%
Dent(s) endommagée(s) en raison d'un accident	13,2%
Brûlure	9,4%
Luxation	9,4%
Blessure à un organe interne	-

Alors qu'à peine une femme sur vingt a subi une brûlure au cours des 12 mois précédant l'enquête, on compte près d'un homme sur cinq. Un homme sur dix et moins du tiers des femmes ont eu une entorse ou une foulure d'importance.

En ce qui a trait aux fractures, brûlures, luxations, entorses/foulures et commotions, les répondants de Montréal présentent généralement les pourcentages de blessés les plus importants, suivi de Québec, puis de Val d'Or, où aucun répondant de ces deux dernières villes n'a subi de brûlure ou de commotion dans les 12 mois précédant l'enquête.

Le nombre de blessures semble augmenter avec l'âge, bien que l'interprétation des données doive être effectuée avec prudence pour les 55 ans et plus, puisque les résultats pour quatre types de blessures et plus ont une variabilité échantillonnale élevée. Pour les adultes vivant dans les communautés, les résultats indiquent que les personnes âgées entre 18 et 29 ans sont celles qui ont subi le plus de blessures physiques.

Notons enfin que 88,9% des agressions physiques sont reliées à la consommation d'alcool ou de drogue, contre 55,0% des agressions physiques ayant eu lieu dans les communautés.

4.2.4 Invalidité et limitations des activités

Plus d'un répondant sur cinq connaît des limitations dues à des problèmes de santé physique ou mentale. Près du quart des résidents de Montréal et moins d'une personne sur cinq à Val d'Or affirment avoir une limitation physique. L'âge semble avoir une influence sur l'invalidité et les limitations : plus d'une personne de 18 à 34 ans sur cinq connaît des limitations, contre plus du quart des 35 à 54 ans et près de la moitié des 55 ans et plus.

Environ un homme sur cinq et une femme sur dix estiment avoir besoin de soins à domicile (les soins incluent aussi les services). Un répondant sur vingt hors communauté en milieu urbain affirme avoir besoin d'un ou de plusieurs soins à domicile, comparativement à 12,8% dans les communautés. L'âge semble influencer ce besoin de soins à domicile : aucun individu de notre échantillon âgé de 18 à 34 ans ne nécessite de soins à domicile, comparativement à moins d'un adulte de 35 à 54 ans sur dix et un aîné de 55 ans et plus sur cinq.

4.2.5 Accès aux services de santé

4.2.5.1 Médecine traditionnelle

38,1% des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain utilisent la médecine traditionnelle (37,8% dans les communautés), soit le tiers des hommes et 41,0% des femmes. De nombreux problèmes surgissent cependant quant à son accès, tels que présentés dans le tableau suivant.

Tableau 25: Obstacles rencontrés parmi les adultes qui ont eu de la difficulté à accéder à la médecine traditionnelle

Obstacles d'accessibilité à la médecine traditionnelle	% d'adultes
N'est pas prodiguée dans les établissements de santé	28,7%
Non couverte par les SSNA (Santé Canada)	25,0%
N'en connaît pas assez à son sujet	22,2%
Ignore où trouver ces soins	18,1%
Trop loin	13,9%
Ne peut en assumer les coûts	9,3%

Il semble être plus difficile d'avoir accès à la médecine traditionnelle à Montréal qu'à Val d'Or : ainsi, le quart des répondants de Montréal ignore où la trouver, contre un peu plus d'un répondant sur vingt de Val d'Or. Incidemment, plus d'un répondant de Montréal sur cinq déclarent que l'accès à la médecine traditionnelle est trop loin, comparativement à un répondant de Québec sur dix et moins d'un répondant de Val d'Or sur vingt.

De façon générale, les jeunes adultes ont affirmé avoir rencontré davantage d'obstacles pour accéder à la médecine traditionnelle que leurs aînés. Ainsi, environ un répondant adulte, de 18 à 54 ans, sur cinq ignore où trouver la médecine traditionnelle contre un adulte de 55 ans et plus sur dix. Pour plus du tiers des 18 à 34 ans, le fait que la médecine traditionnelle ne soit pas prodiguée dans les établissements de santé constitue un obstacle d'accessibilité; ainsi que pour un adulte de 35 à 54 ans sur cinq et pour un aîné de 55 ans et plus sur vingt.

4.2.5.2 Accessibilité aux soins de santé

48,3% des répondants considèrent qu'ils ont le même niveau d'accessibilité aux services de santé que la population canadienne générale, ce qui représente un résultat similaire à ce que l'on retrouve dans les communautés (45,0%). Plus du quart jugent qu'ils ont une meilleure accessibilité (le tiers des adultes dans les communautés est de cet avis), alors que moins du quart croit avoir une moins bonne accessibilité que le reste de la population canadienne. 57,7% des répondants des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain ont d'ailleurs rencontré au moins un obstacle pour recevoir des soins de santé dans les 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 46,5% vivant dans les communautés. Ces résultats suggèrent qu'il est plus facile d'obtenir des services au sein des communautés qu'au cœur des villes.

Tableau 26: Obstacles rencontrés par les adultes qui ont déclaré avoir eu des problèmes à accéder aux services de santé (12 mois précédant l'enquête)

Obstacles rencontrés	% d'adultes
Liste d'attente trop longue	56,1%
Non couvert par le Programme des SSNA	35,1%
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	33,8%
Impression que les services n'étaient pas adaptés à la culture	26,8%
Incapable de trouver du transport	19,9%
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins/services	19,7%
Refus d'une autorisation préalable du Programme des SSNA	18,1%
Choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	17,8%
Impression que les soins de santé étaient inadéquats	17,0%
Ne pouvait assumer les coûts de transport	10,2%
Service non disponible dans ma région	9,6%
Pas de médecin ou d'infirmière dans ma région	5,1%

Bien que les proportions d'hommes et de femmes ayant rencontré au moins un obstacle soient similaires (56,4% des hommes contre 58,4% des femmes), on recense généralement plus de femmes que d'hommes pour chacun des points du tableau 26. Les 18 à 34 ans sont également, la plupart du temps, plus nombreux à avoir rencontré au moins un obstacle, à l'exception de l'incapacité à trouver du transport, d'assumer les coûts directs des services ou d'avoir essuyé un refus suite à une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des services de santé non assurés (SSNA).

58,2% des répondants de Montréal ont rencontré au moins un obstacle pour recevoir des soins de santé, comparativement à 51,0% des répondants de Québec et à 76,5% des répondants de Val d'Or.

4.2.5.3 Programme des services de santé non assurés (SSNA)

33,6% des répondants ont eu de la difficulté à accéder au Programme des SSNA, comparativement à 28,6% dans les communautés. L'âge semble influencer ce pourcentage, passant ainsi de 70,5% chez les 18 à 34 ans n'ayant pas eu la moindre difficulté à moins de la moitié des 55 ans et plus.

Tableau 27: Soins ou services de santé pour lesquels les adultes ont rencontré des obstacles pour accéder au Programme des SSNA parmi les adultes qui ont déclaré avoir eu des obstacles (12 mois précédant l'enquête)

Soins ou services de santé	% des adultes
Médicaments	66,3%
Soins dentaires	36,1%
Soins de la vue	19,3%
Services ou coûts de transport	13,3%
Escorte pour les déplacements	10,8%
Fournitures médicales	4,8%

Les femmes sont généralement plus nombreuses à avoir rencontré ces difficultés, à l'exception des médicaments, pour lesquels 69,7% des hommes ont eu des difficultés contre 64,6% des femmes. La proportion d'adultes ayant rencontré des difficultés augmente avec l'âge, à l'exception des soins dentaires et de la vue, pour lesquels les 55 ans et plus sont les moins nombreux à avoir rencontré des difficultés.

4.2.6 Soins dentaires

Au moment de l'enquête, 33,0% des répondants des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain avaient reçu des soins dentaires dans les six derniers mois (39,3% des adultes vivant dans les communautés). À l'instar des résultats dans les communautés, près d'une personne sur cinq a rencontré des obstacles pour recevoir des soins dentaires, soit plus d'une femme sur dix et plus d'un homme sur cinq. Près du tiers des répondants de Montréal et plus d'un répondant sur vingt de Val d'Or ont rencontré des difficultés. Le tableau suivant présente les principaux obstacles d'accessibilité rencontrés parmi les adultes ayant affirmé avoir connu des difficultés.

Tableau 28: Obstacles d'accessibilité aux soins dentaires parmi les adultes qui ont eu des difficultés à recevoir des soins dentaires

Obstacles d'accessibilité aux soins dentaires	% des adultes
Service non couvert par le Programme des SSNA	62,2%
Ne peut assumer les coûts directs des soins	33,3%
Refus d'une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des SSNA	28,3%
Liste d'attente trop longue	22,0%
Impression que les services sont inadéquats	14,0%
Pas de services dentaires dans ma région	10,0%
Ne peut assumer les coûts de transport	7,8%

74,0% des répondants des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain nécessitent des soins dentaires, ce qui représente une proportion identique à celle que l'on retrouve dans les communautés. Les soins dentaires nécessaires chez les adultes qui ont affirmé en avoir besoin sont présentés dans le tableau 29. Le graphique 34 démontre que les besoins en soins dentaires augmentent avec l'âge. De plus, les répondants de Montréal sont en général plus nombreux à nécessiter les différents soins dentaires énumérés au tableau 29.

Graphique 34: Adultes nécessitant des soins dentaires, par groupe d'âge

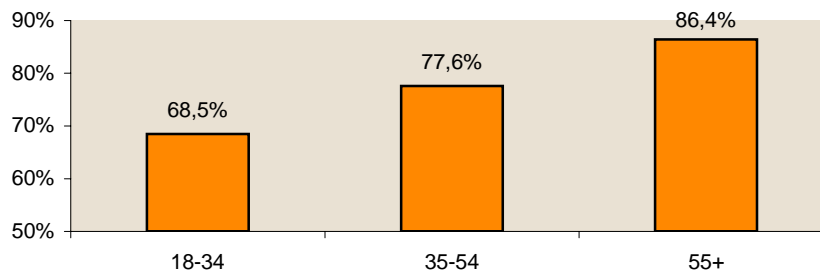


Tableau 29: Adultes ayant besoin de divers types de soins dentaires parmi les adultes ayant affirmé nécessiter des soins

Types de soins dentaires	% d'adultes
Entretien	81,7% (1)
Plombage ou restauration	38,7%
Prothèse	19,9%
Extraction	16,2%
Traitement parodontal	7,9%
Traitement d'urgence	6,8%
Traitement au fluor	6,8%
Traitement d'orthodontie	2,1%

(1) Environ les deux tiers (66,6 %) dans les communautés

Les soins dentaires requis par la majorité des femmes relèvent de l'entretien, du traitement au fluor et parodontal, alors que l'on compte davantage d'hommes nécessitant les autres types de soins. Les répondants de 55 ans et plus nécessitent davantage de soins dentaires, mais ils sont moins nombreux à requérir un traitement au fluor, d'orthodontie ou un plombage que les adultes moins âgés.

4.2.7 Santé des femmes

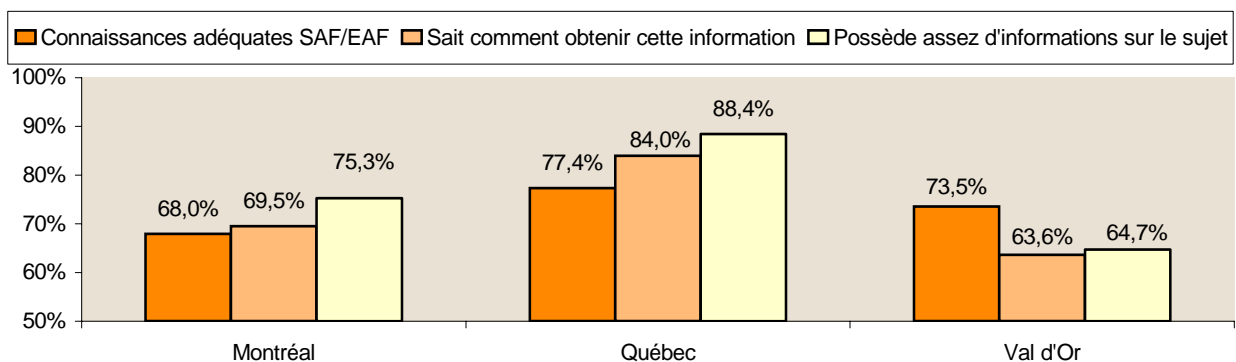
4.2.7.1 Syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) et effets de l'alcoolisation foetale (EAF)

69,7% des femmes adultes interrogées ont déjà donné naissance à un enfant. 57,4% d'entre elles n'ont bu aucune boisson alcoolisée, bière ou vin durant leur grossesse. Parmi les femmes qui en ont consommé, 69,8% en consommaient moins d'une fois par mois.

72,8% des femmes pensent avoir les connaissances adéquates à propos du SAF/EAF. De plus, 75,0% savent comment obtenir des informations sur ces problématiques et 79,4% pensent que les informations sur ces sujets sont disponibles dans leur ville de résidence.

Les femmes semblent légèrement mieux renseignées au sujet du SAF et des EAF que les hommes. Ainsi, 71,1% des hommes pensent avoir les connaissances adéquates sur le SAF/EAF contre 74,6% des femmes. 71,1% des hommes savent comment obtenir ces informations contre 77,6% des femmes. Le graphique suivant présente ces données par lieu de résidence.

Graphique 35: Perceptions des femmes au sujet du SAF et des EAF, par lieu de résidence



4.3 Habitudes de vie

4.3.1 Alimentation

4.3.1.1 Consommation d'aliments vides

44,0% des répondants adultes vivant hors communauté en milieu urbain considèrent que leur régime alimentaire est toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, alors que 41,4% disent qu'il l'est parfois. Ces perceptions, presque identiques à celles que l'on retrouve chez les adultes vivant dans les communautés, semblent plutôt réalistes en regard de la consommation d'aliments vides, comme le témoigne les données suivantes :

- 35,4% consomment du café ou du thé plusieurs fois par jour (42,8% dans les communautés);
- 35,1% mangent des frites, croustilles, bretzels et autres moins d'une fois par semaine (28,0% dans les communautés); 39,9% en mangent quelques fois par semaine (49,8% dans les communautés);
- 35,8% mangent des repas-minutes moins d'une fois par semaine (proportion similaire dans les communautés); 32,5% en mangent quelques fois (40,7% dans les communautés);
- 39,2% ne mangent jamais ou presque jamais de gâteaux, tartes, biscuits, bonbons et chocolat (23,0% dans les communautés);
- 36,6% n'ajoutent jamais ou presque jamais de sucre (32,1% dans les communautés); 40,7% le font une à plusieurs fois par jour (45,1% dans les communautés);
- 37,7% n'ajoutent jamais ou presque jamais de sel (35,5% dans les communautés).

Cette comparaison entre les individus vivant hors communauté en milieu urbain, et ceux vivant dans les communautés, montre qu'une proportion légèrement plus élevée d'adultes vivant en milieu urbain a de meilleures habitudes alimentaires.

4.3.1.2 Consommation d'aliments traditionnels

Tableau 30: Proportions d'adultes selon la fréquence de consommation d'aliments traditionnels

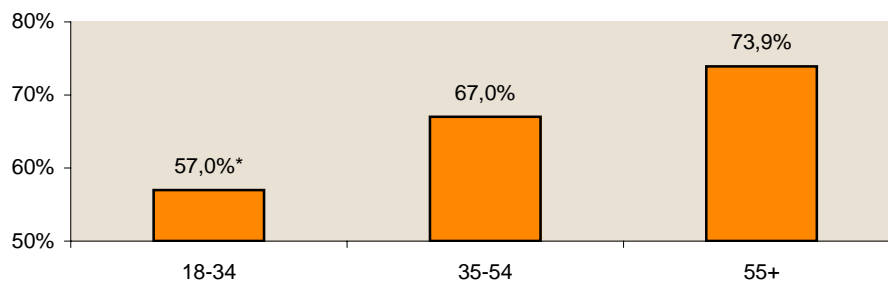
Aliments traditionnels	Jamais	Quelques fois / semaine
Gros gibier	25,1%	57,7%
Petit gibier	49,1%	43,1%
Gibier à plume	38,2%	52,1%
Poisson d'eau douce	23,6%	58,8%
Poisson d'eau salée	38,0%	49,2%
Autres aliments des cours d'eau	45,3%	46,0%
Produits de la mer (fruits de mer)	88,0%	10,1%
Baies et fruits sauvages	21,6%	54,1%
Bannique	19,8%	52,2%
Soupe de maïs	63,7%	30,0%

L'Enquête démontre que les femmes consomment en général davantage d'aliments traditionnels que les hommes, à l'exception des baies et autres fruits : 57,0% des hommes en mangent quelques fois par semaine, contre 51,9% des femmes. Pour ce qui est de la consommation de gibier (petit, gros et à plumes) quelques fois par semaine, la plus faible proportion d'adultes se retrouve à Montréal et la plus élevée se retrouve à Val d'Or. Les poissons d'eau salée, la bannique, les baies et autres fruits sont consommés dans de plus grandes proportions à Québec. Enfin, les adultes de 18 à 34 ans sont généralement les moins grands consommateurs des différents aliments traditionnels énumérés dans le tableau précédent.

En observant les fréquences de consommation des aliments traditionnels chez les adultes vivant dans les communautés, on constate que les répondants vivant hors communauté en milieu urbain consomment davantage de poisson d'eau salée, de produits de la mer et de soupe de maïs. La consommation de gros gibier est, quant à elle, sensiblement la même.

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 62,6% des ménages ont parfois reçu des aliments traditionnels d'une tierce personne qui les partageait avec eux. Ce partage d'aliments traditionnels est plus fréquent chez les femmes (66,4%) que chez les hommes (55,2%). Le graphique suivant présente les proportions d'adultes ayant reçu des aliments traditionnels d'une tierce personne, par groupe d'âge. On constate que le partage d'aliments traditionnels augmente avec l'âge, tel qu'observé chez les adultes vivant dans les communautés.

Graphique 36: Adultes ayant parfois reçu des aliments traditionnels d'une tierce personne, par groupe d'âge



4.3.1.3 Modes de préparation de la viande et du poisson

Les modes de cuisson ou de préparation de la viande et du poisson peuvent refléter, dans une certaine mesure, les habitudes alimentaires pouvant être nuisibles ou bénéfiques pour la santé. Voici la fréquence d'utilisation des divers modes de préparation de la viande et du poisson.

Tableau 31: Fréquence d'utilisation des divers modes de préparation de la viande et du poisson

Modes de préparation	Souvent (1 repas sur 2)	Parfois (1 repas sur 4)	Jamais
Margarine	35,5%	36,3%	13,9%
Vapeur ou four	33,2%	36,4%	8,0%
Huile végétale	23,7%	37,3%	16,5%
Beurre	21,2%	36,0%	21,6%
Bouilli	27,1%	32,7%	17,9%
Graisse (crisco, saindoux)	8,8%	25,2%	43,2%
Fumé	2,0%	14,0%	66,8%
Séché	1,6%	10,0%	69,9%
Enduit végétal aérosol (PAM)	5,3%	8,5%	70,9%
Graisse animale (oie, phoque)	3,2%	6,8%	75,3%
Cru	7,2%	6,0%	77,7%

Les répondants de Montréal sont les plus nombreux à utiliser les moyens traditionnels pour préparer leur viande et leur poisson : plus de la moitié les fument et les sèchent et plus du tiers les mangent crus ou ont recours à de la graisse animale. Plus du tiers utilisent également de l'huile végétale en aérosol.

Les répondants de Val d'Or sont les seconds à préférer les moyens traditionnels pour préparer leur viande et leur poisson et ce, dans des proportions variant entre le quart et le cinquième des répondants, suivis de Québec (d'une personne sur cinq à une personne sur dix). Les 35 à 54 ans sont le groupe d'âge qui utilise davantage les méthodes de préparation traditionnelle.

La consommation de viande et de poisson crus semble plus importante chez les adultes vivant hors communauté en milieu urbain que chez les adultes vivant dans les communautés. En effet, près du quart des adultes vivant hors communauté consomme de la viande ou du poisson cru, comparativement à un vingtième des adultes vivant dans les communautés. Enfin, l'utilisation de graisse animale et d'enduit végétal en aérosol est similaire hors communauté et dans les communautés.

4.3.2 Activités physiques

Les répondants adultes vivant hors communauté en milieu urbain semblent moins actifs que ceux vivant dans les communautés, puisque 66,5% de ces derniers pratiqueraient quatre types d'activité physique et plus, contre 50,5% en ville.

Les femmes semblent diversifier davantage leurs activités physiques, 58,3% d'entre elles pratiquent quatre types d'activités physiques et plus, alors que 60,7% des hommes en pratiquent de une à trois. À l'exception de la marche, de la course et de la danse, les femmes sont plus nombreuses à pratiquer les différentes activités physiques énumérées au tableau 32.

Pour ce qui est des différences entre les groupes d'âge, 60,6% des 18 à 34 ans s'adonnent à quatre types d'activités physiques ou plus, alors que 55,9% des 35 à 54 ans pratiquent de une à trois activités physiques. Les jeunes adultes sont plus nombreux à pratiquer chacune des activités physiques présentées au tableau 32, hormis la pêche, le canot et la raquette où les 55 ans et plus sont plus nombreux.

Tableau 32: Proportions d'adultes pratiquant diverses activités physiques selon le lieu de résidence

Activités physiques	Hors communauté en milieu urbain	Dans les communautés
Marche	93,2%	89,4%
Bicyclette	42,6%	41,0%
Natation	33,6%	30,1%
Randonnée pédestre	27,2%	36,4%
Pêche	25,7%	51,3%
Cueillette de baies ou autres aliments	24,9%	40,6%
Danse	23,0%	17,4%
Course	22,3%	11,7%
Chasse/ piégeage	20,8%	40,2%
Sports de compétition ou de groupe	20,4%	21,8%
Canot	19,2%	29,2%
Patin à glace	17,0%	18,5%
Quilles	15,1%	15,8%
Gymnastique aérobique/ conditionnement physique	14,3%	13,5%
Patin à roues alignées	13,6%	8,4%
Poids et haltères	12,5%	19,7%
Raquette	10,2%	21,1%
Ski	9,8%	7,3%
Golf	5,7%	10,9%
Arts martiaux	4,9%	3,0%
Planche à roulette	1,9%	1,1%

Une plus grande proportion d'adultes vivant hors communauté en milieu urbain pratique la course et le patin à roues alignées. Par contre, les adultes vivant dans les communautés sont plus nombreux à pratiquer la chasse, le piégeage, la pêche et la raquette.

Les adultes de Val d'Or s'avèrent plus nombreux à pratiquer les activités énumérées ci-dessus, à l'exception des arts martiaux, du conditionnement physique et de la course, qui sont pratiqués par une plus grande proportion d'adultes de Montréal. Enfin, une plus grande proportion d'adultes de Québec pratique la bicyclette et la natation.

53,1% des répondants (dont 61,3% de femmes) ont affirmé pratiquer de une à trois fois par semaine des activités physiques qui accélèrent généralement le rythme cardiaque, alors que 36,2% en pratiquent quatre fois et plus par semaine. D'après ces données, les gens vivant dans les communautés semblent plus actifs, puisqu'une proportion de 42,9% pratique des activités quatre fois et plus par semaine. De plus, 41,6% des adultes consacrent de une à deux heures par jour à la pratique d'activité physique, comparativement à 38,3% des adultes vivant hors communauté en milieu urbain.

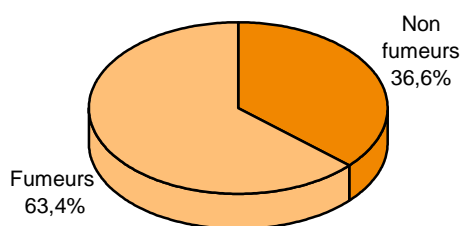
Les répondants considérant que les événements culturels traditionnels sont très importants dans leur vie s'adonnent à la chasse / piégeage, à la pêche et au canot dans une proportion plus grande que ceux qui leur accordent moins d'importance. On remarque que la proportion d'adultes qui pratiquent la chasse / piégeage, la pêche et le canot diminue lorsque l'importance accordée aux événements culturels traditionnels diminue.

4.3.3 Style de vie

4.3.3.1 Tabagisme

La proportion de fumeurs semble plus importante chez les adultes vivant hors communauté en milieu urbain (63,4%) que chez ceux vivant dans les communautés (55,0%). De plus, contrairement à ce que l'on retrouve dans les communautés, ce sont les hommes qui fument légèrement plus que les femmes (66,4% contre 62,2%). Les hommes sont également plus nombreux à fumer tous les jours (84,5% contre 78,4% des femmes) et fument un nombre plus important de cigarettes (54,9% des hommes fument plus de 10 cigarettes par jour, comparativement à 45,4% des femmes). On remarque également qu'alors que les deux tiers des 18 à 54 ans fument, plus des trois quarts des 55 ans et plus sont non fumeurs.

Graphique 37: Proportions d'adultes fumeurs et non fumeurs



La moitié des fumeurs fume en moyenne dix cigarettes et plus par jour (61,6% dans les communautés). De plus, 81,2% des fumeurs fument tous les jours (79,4% dans les communautés). La moitié des fumeurs a tenté sans succès de cesser de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, 47,1% ont commencé à fumer entre l'âge de 7 et 13 ans, alors que 40,8% ont commencé entre l'âge de 14 et 17 ans.

Examinons maintenant les différences entre les villes. À Montréal, 68,5% des répondants fument. De ces derniers, 78,2% fument tous les jours et 47,1% fument plus de 10 cigarettes par jour. À Québec, 56,6% des répondants fument. Parmi ceux-ci, 85,0% fument tous les jours et 58,3% fument plus de 10 cigarettes par jour. Enfin, à Val d'Or, 65,7% des répondants fument. Parmi ceux-ci, 82,6% fument tous les jours et 34,8% fument plus de 10 cigarettes par jour.

Notons que 64,3% des non fumeurs ont déjà fumé et que plus des trois quarts d'entre eux fumaient à tous les jours (74,1% chez les hommes et 80,6% chez les femmes). De plus, 53,4% des ex-fumeurs ont commencé à fumer entre 5 et 14 ans et 56,9% ont cessé de fumer entre l'âge de 13 et 30 ans. Enfin, 92,0% des hommes ex-fumeurs ont commencé à fumer la cigarette avant l'âge de 18 ans, comparativement à 71,4% des femmes.

Tableau 33: Proportions d'ex-fumeurs ayant évoqué diverses raisons pour cesser de fumer

Raisons pour cesser de fumer	% des ex-fumeurs
Style de vie plus sain	57,6% (1)
Raison de santé	54,2% (1)
Campagnes de sensibilisation	35,6%
Par respect pour les personnes que j'aime	27,1%
Grossesse	10,2%
Pression des amis et des collègues de travail	8,5%
Ordre du médecin	6,8%
Respect pour la signification traditionnelle du tabac	1,7%

(1) Toutes les femmes de 55 ans et plus dans la ville de Québec

Moins d'un homme sur vingt a mentionné que la pression des amis et des collègues de travail l'avait influencé à cesser de fumer, comparativement à plus d'une femme sur dix. Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à cesser de fumer par respect pour les personnes qu'elles aiment et sous l'ordre du médecin. Près d'un adulte sur dix de 18 à 34 ans et de 55 ans et plus ont cessé de fumer sous l'ordre du médecin, comparativement à moins d'un adulte sur vingt de 35 à 54 ans.

Les raisons pour cesser de fumer rejoignent généralement les mêmes proportions d'adultes dans les communautés et hors communauté en milieu urbain, mais ces derniers sont plus nombreux à invoquer des raisons de santé (54,2% hors communauté en milieu urbain contre 38,1% dans les communautés) et l'influence des campagnes de sensibilisation (plus du tiers des adultes hors communauté en milieu urbain contre un cinquième dans les communautés).

Tableau 34: Proportions d'ex-fumeurs ayant utilisé diverses méthodes pour cesser de fumer

Méthodes pour cesser de fumer	% des ex-fumeurs
Sevrage brutal	72,9%
Aide spirituelle	8,5%
Soutien de la famille	6,8%
Timbre de nicotine	6,8%
Gomme à la nicotine	5,1%
Moyens traditionnels	5,1%
Programme de soutien ou d'auto thérapie	1,7%
Hypnose	-
Acupuncture	-
Zyban	-
Autres médicaments prescrits	-

Le support de la famille a été un élément important pour un plus grand nombre de femmes (près d'une femme sur dix) que d'hommes (moins d'un homme sur vingt), alors que les timbres de nicotine semblent davantage populaires chez les hommes (plus d'un homme sur dix) que chez les femmes (moins d'une femme sur vingt).

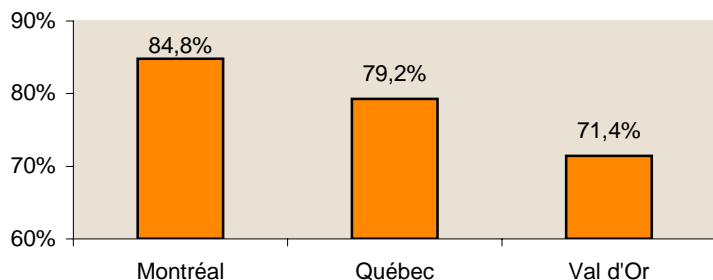
Enfin, 62,9% des logements des hommes n'offrent pas un environnement sans fumée (49,2% dans les communautés), contre 55,6% chez les femmes (46,8% dans les communautés). On constate que 63,9% des répondants de Montréal sont dans cette situation, contre 56,6% des répondants de Québec et moins de la moitié des répondants de Val d'Or.

4.3.3.2 Consommation d'alcool

Alors que 74,3% des adultes vivant dans les communautés ont bu de la bière, du vin, des spiritueux ou d'autres boissons alcoolisées au cours des 12 mois précédant l'enquête, ce sont 80,8% des répondants

adultes vivant hors communauté en milieu urbain qui en ont fait de même. On compte un plus grand nombre d'hommes (85,8%) que de femmes (79,4%) qui ont consommé de la bière, du vin ou des spiritueux. Parmi les adultes qui ont consommé de l'alcool, 47,7% ont bu à raison d'une à trois fois par mois (55,4% dans les communautés), alors que 39,2% ont bu au moins deux à trois fois par semaine (23,9% dans les communautés).

Graphique 38: Adultes ayant consommé de l'alcool, par lieu de résidence (12 mois précédant l'enquête)



Enfin, le quart des répondants a déjà été traité pour un abus d'alcool, soit plus d'un homme sur quatre et plus d'une femme sur cinq. Cette proportion est supérieure à celle des adultes vivant dans les communautés où 15,5% ont déjà été traités pour un abus d'alcool.

4.3.3.3 Consommation de drogues

L'enquête révèle que 57,8% des répondants ont fait usage d'au moins une drogue non prescrite dans les 12 mois précédant l'enquête (excluant la marijuana et le tabac à chiquer), ce qui représente une proportion légèrement inférieure à celle observée dans les communautés (62,3%).

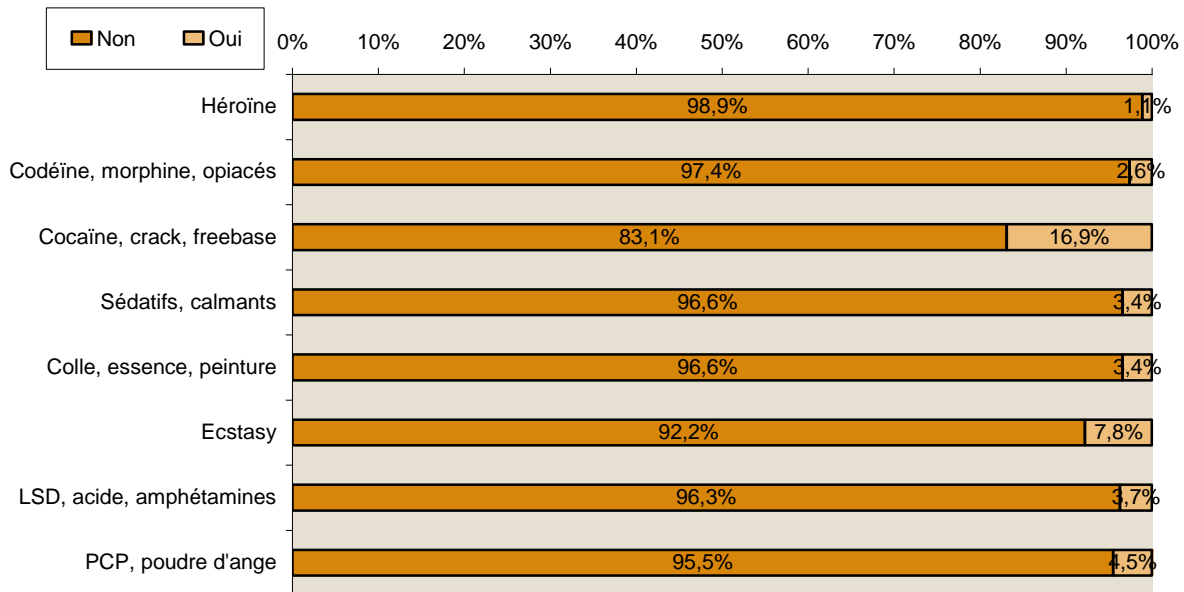
Le nombre d'utilisateurs diminue significativement avec l'âge, passant de 74,2% chez les 18 à 34 ans, à 46,8% chez les 35 à 54 ans, à 13,0%* chez les 55 ans et plus. La proportion est également beaucoup plus importante à Montréal (71,7%) qu'à Québec ou à Val d'Or (moins de la moitié des répondants). Néanmoins, alors qu'un répondant sur cinq a été traité pour un abus de drogue à Montréal et à Québec, c'est plus d'un répondant sur quatre qui a été traité à Val d'Or.

L'enquête révèle également que 51,3% des répondants ont consommé de la marijuana au cours des 12 mois précédant l'enquête, soit 61,3% des hommes et 44,9% des femmes. Ceci représente des proportions deux fois plus élevées que celles observées chez les adultes vivant dans les communautés. Parmi les adultes consommateurs, 65,1% des répondants de Montréal ont consommé de la marijuana et 38,7% des répondants de Québec. Enfin, 55,5% des adultes consommateurs de marijuana ont fumé de deux à trois fois par semaine, ce qui représente une proportion similaire à celle observée dans les communautés (50,8%).

Le graphique 39 brosse le portrait de la consommation de drogues et de substances volatiles chez les répondants adultes vivant hors communauté en milieu urbain. On découvre notamment que près d'un répondant adulte sur cinq (16,9 %) a consommé de la cocaïne, du crack ou du freebase au cours des 12 mois précédant l'enquête.



Graphique 39: Proportions d'adultes ayant consommé ou non divers types de drogues ou de substances volatiles

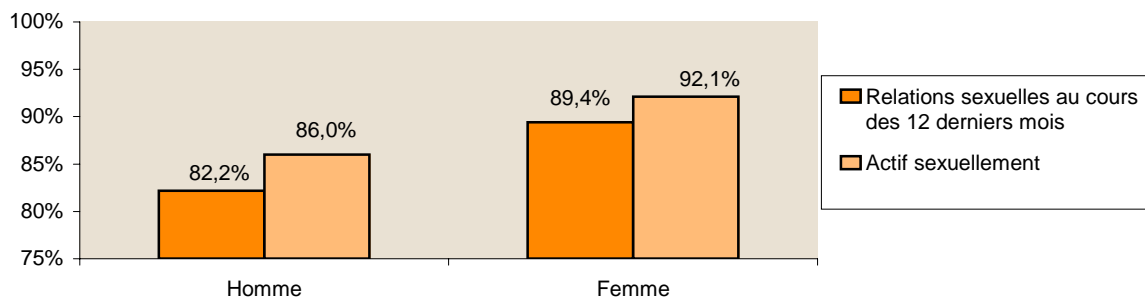


Hormis pour l'ecstasy, les sédatifs et la codéïne, les hommes sont en général plus nombreux à avoir consommé les drogues énumérées dans le graphique précédent. La principale différence entre les sexes concerne la cocaïne. En effet, près d'un homme consommateur de drogue sur quatre, comparativement à moins d'une femme consommatrice de drogue sur sept, en a fait usage. Seuls quelques répondants de Montréal ont consommé de l'héroïne ou inhalé de la colle, du gaz ou de la peinture. Les répondants de Montréal sont également les plus nombreux à avoir consommé de l'ecstasy, du LSD ou de la codéïne. Enfin, bien que moins d'un répondant sur cinq ait déjà été traité pour abus de drogues, il s'agit de près du double des adultes vivant dans les communautés qui ont été traités.

4.3.3.4 Santé sexuelle - Contraception et maladies transmises sexuellement (MTS)

Alors que 88,7% des répondants étaient actifs sexuellement au moment de l'enquête, 85,6% ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois la précédant, ce qui représente des proportions légèrement plus élevées que dans les communautés. Les trois quarts d'entre eux ont eu 1 ou 2 partenaires, comparativement à 85,7% des adultes vivant dans les communautés. Le graphique 40 illustre que les femmes semblent avoir une vie sexuelle plus active que les hommes.

Graphique 40: Activité sexuelle, par sexe



Les hommes auraient toutefois eu plus de partenaires sexuels que les femmes, puisqu'ils sont 71,6% à en compter 1 ou 2, comparativement à 77,1% des femmes. Cette différence s'accroît selon la ville de

résidence, passant de 61,2% pour les répondants de Montréal à 84,5% pour les répondants de Québec et de Val d'Or. L'âge semble influencer également de façon directe le nombre de partenaires, passant ainsi de 67,3% des 18 à 34 ans qui ont eu 1 ou 2 partenaires, à 83,9% pour les 35 à 54 ans, à 91,7% pour les 55 ans et plus.

L'usage de moyens contraceptifs semble plus répandu chez les adultes vivant hors communauté en milieu urbain que dans les communautés. Le moyen contraceptif le plus utilisé est le condom, soit pour 51,8% des adultes en milieu urbain contre 42,2% dans les communautés. Pour se protéger des MTS, 48,6% utilisent le condom toujours ou la plupart du temps, alors que 44,0% ne l'utilisent jamais. À la question « Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'utilisez pas le condom ? », 67,9% ont déclaré qu'ils étaient avec leur partenaire régulier, ce qui représente une proportion identique à ce que l'on retrouve dans les communautés. Enfin, 59,3% ont déjà passé un test de dépistage du VIH, soit 57,0% des hommes et 61,5% des femmes, ce qui est nettement supérieur aux 30,1% d'hommes et 42,7% de femmes dans les communautés.

Enfin, notons qu'un répondant de Montréal sur sept n'utilise aucun moyen contraceptif, alors qu'aucun répondant de Québec ou de Val d'Or n'est dans cette situation.

Un cinquième des femmes utilisent un contraceptif oral. Plus précisément, il s'agit du quart des répondantes de Québec, un cinquième des répondantes de Montréal et seulement une femme sur dix à Val d'Or. Environ un répondant sur vingt a recours au coït interrompu, au depo provera ou encore n'utilise aucun moyen de contraception. Soulignons que 31,7% des adultes vivant dans les communautés n'utilisent aucun moyen contraceptif.

4.3.4 Soins de santé préventifs

4.3.4.1 Consultation de guérisseurs traditionnels

55,9% des répondants adultes vivant hors communauté en milieu urbain ont consulté un guérisseur traditionnel dans les 12 mois précédant l'enquête. Soulignons que seulement 9,9% des adultes vivant dans les communautés affirment avoir consulté un guérisseur traditionnel dans les 12 mois précédant l'enquête.

4.3.4.2 Examens médicaux

Le tableau 35 présente les proportions d'adultes ayant passé divers types d'examens au cours des 12 mois précédant l'enquête. En ce qui a trait aux examens spécifiques à chaque sexe, on observe que moins d'un homme sur cinq a subi un examen rectal. De plus, 57,8% des femmes n'ont jamais passé de mammographie, 46,6% déclarent faire l'autoexamen des seins à tous les mois, alors que 49,5% ont subi une cytologie¹¹ dans les 12 mois précédant l'enquête. Ces proportions sont similaires à celles observées dans les communautés.

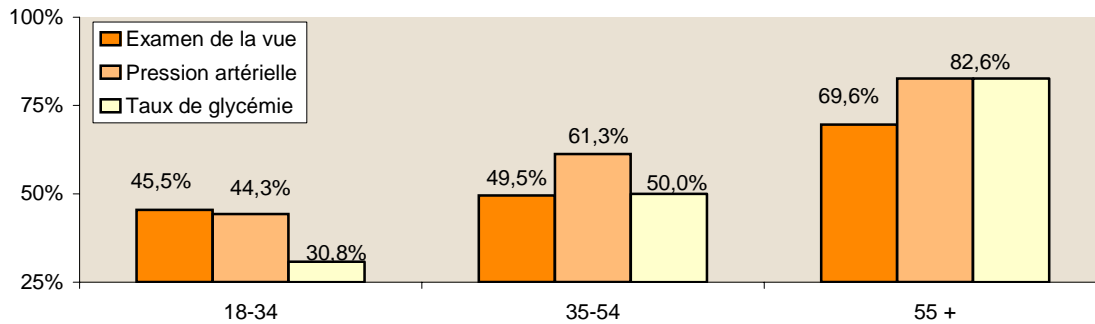
Tableau 35: Proportions d'adultes ayant passé divers examens médicaux, par lieu de résidence (12 mois précédant l'enquête)

Examens	Hors communauté en milieu urbain	Dans les communautés
Pression artérielle	54,7%	63,7%
Examen de la vue	49,6%	60,3%
Examen physique complet	43,8%	44,0%
Taux de glycémie	43,4%	53,0%
Cholestérol	38,2%	47,7%

On constate, hormis l'examen physique complet, que les adultes vivant dans les communautés sont plus nombreux à passer divers types d'examens médicaux. Les proportions de répondants vivant hors communauté en milieu urbain ayant passé divers examens médicaux augmentent avec l'âge, telles que présentées dans le graphique suivant.

¹¹ Examen vaginal avec prélèvements.

Graphique 41: Proportions d'adultes ayant passé divers examens médicaux, par groupe d'âge (12 mois précédant l'enquête)



Bien que les hommes soient plus nombreux à avoir passé un examen pour leur pression artérielle (56,1%) que les femmes (52,9%), une plus grande proportion de femmes a passé un examen physique complet (46,5% des femmes contre 39,3% des hommes).

4.3.5 Pensionnats autochtones

Un peu moins d'un adulte sur cinq vivant hors communauté en milieu urbain a fréquenté un pensionnat autochtone; cette proportion correspond à ce que l'on retrouve dans les communautés (17,0% des adultes). Parmi ceux-ci, 63,6% étaient âgés entre 4 et 8 ans lorsqu'ils y sont entrés, et 65,8% étaient âgés de 13 ans et plus lorsqu'ils en sont sortis. Le tiers des 35 à 54 ans a fréquenté un pensionnat, contre le quart des 35 à 54 ans vivant dans les communautés.

On remarque une bonne différence entre les villes : alors que moins d'un répondant de Montréal et de Québec sur cinq a séjourné dans un pensionnat autochtone, ils sont plus du quart des répondants de Val d'Or dans la même situation.

Également, 35,4% des adultes ont un ou plus d'un parent ayant fréquenté les pensionnats autochtones (il s'agit de la mère pour plus de 25,0% des adultes, et du père pour de 20,0% des adultes). Ces proportions sont similaires à ce que l'on retrouve dans les communautés, mais une différence marquée s'applique aux grands-parents. En effet, un adulte sur cinq vivant hors communauté en milieu urbain a au moins un grand-parent qui a fréquenté le pensionnat autochtone, alors que cette proportion diminue à moins d'un adulte sur dix dans les communautés. 69,6% des gens dont l'un ou les grands-parents ont fréquenté un pensionnat croient que cette expérience a eu des répercussions négatives sur la façon dont leurs parents ont été élevés. Notons que 55,5% des adultes dans la même situation et vivant dans les communautés sont de cet avis.

Un peu moins de la moitié des anciens pensionnaires estime que le fait d'avoir étudié dans un pensionnat autochtone a eu des répercussions négatives sur sa santé et son bien-être. Dans les communautés, ils sont un peu plus du tiers à être de cet avis. Le tableau suivant résume ces répercussions et suggère que les adultes vivant hors communauté en milieu urbain ont souffert davantage ou ont eu davantage de difficultés à gérer les répercussions de leur expérience, comparativement aux adultes qui habitent toujours dans une communauté des Premières Nations. La principale répercussion des pensionnats autochtones est la perte de l'identité culturelle

Tableau 36: Proportions d'anciens pensionnaires ayant eu diverses répercussions négatives suite à l'expérience des pensionnats autochtones

Répercussions	Hors communauté en milieu urbain	Dans les communautés
Perte de l'identité culturelle	94,7%	64,3%
Discipline sévère	84,2%	68,9%
Perte de la langue	78,9%	61,1%
Isolé de la famille	78,9%	69,0%
Violence verbale ou physique	73,7%	69,9%
Abus physique	63,2%	56,5%
Perte de la religion/ spiritualité traditionnelle	63,2%	49,0%
Témoins d'abus	47,4%	43,5%
Manque de vêtements	47,4%	25,2%
Abus sexuels	31,6%	28,6%
Piètre éducation	31,6%	17,3%

4.3.6 Bien-être personnel et social

4.3.6.1 Culture et spiritualité traditionnelle

Le tableau 37 démontre que les répondants vivant hors communauté en milieu urbain accordent une plus grande importance aux événements culturels et à la spiritualité traditionnelle que les adultes vivant dans les communautés. Toutefois, la religion semble moins importante.

Tableau 37: Proportions d'adultes considérant très importants ou importants divers éléments selon le lieu de résidence

Éléments	Hors communauté en milieu urbain	Dans les communautés
Événements culturels traditionnels	89,0%	83,2%
Spiritualité traditionnelle	79,7%	72,4%
Religion	63,0%	73,0%

Les événements culturels traditionnels s'avèrent très importants pour 53,7% des répondants de Montréal, alors qu'ils grimpent à 62,6% à Québec et à Val d'Or. Cette importance tend également à augmenter avec l'âge, passant de 57,4% chez les 18 à 34 ans, à 54,5% chez les 35 à 54 ans, à 78,3% chez les 55 ans et plus.

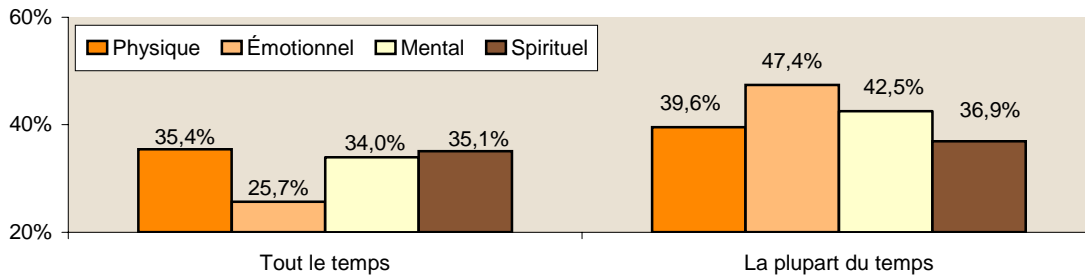
Quant à la spiritualité traditionnelle, elle est très importante pour 54,9% des femmes et pour 48,1% des hommes. Elle est également très importante pour 45,9% des répondants de Montréal et pour 57,5% des répondants de Québec.

4.3.6.2 Bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel

Cette section de l'enquête cherche à déterminer la perception qu'ont les gens des diverses dimensions de l'équilibre dans leur vie : physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. 39,6% des adultes présentent un haut niveau d'équilibre de vie, alors que 55,6% ont un niveau d'équilibre modéré. Ces résultats sont très similaires à ce que l'on retrouve dans les communautés. Le graphique 42 précise et nuance ces résultats, alors que la section suivante (indicateur d'autodétermination) démontre que, pour la moitié des adultes, le degré de contrôle qu'ils exercent sur leur vie est très bas.



Graphique 42: Fréquences de l'atteinte des diverses dimensions de l'équilibre



4.3.6.3 Indice d'autodétermination

L'indicateur d'autodétermination est un indice arbitraire qui évalue le degré de contrôle que les individus exercent sur leur vie. Cet indice est catégorisé de la façon suivante : très bas, bas, moyen, haut, très haut. Un indice très bas signifie que l'individu sent qu'il a peu de contrôle sur sa vie, alors qu'un indice très haut signifie que l'individu sent qu'il a une solide emprise sur sa vie. L'indice d'autodétermination a été élaboré selon les réponses (fortement en accord, en accord, neutre, en désaccord, fortement en désaccord) données aux énoncés suivants :

- « Je peux régler mes problèmes »;
- « Personne ne me bouscule dans la vie »;
- « Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie »;
- « Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser »;
- « Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie¹² »;
- « Ce qui m'arrivera dans l'avenir dépend en grande partie de moi »;
- « Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie »¹².

14,9% des répondants ont un indice d'autodétermination très haut, 32,1 % obtiennent un indice haut et 33,6% obtiennent un indice moyen. De plus, 15,7% ont un indice neutre et 3,7% ont un indice d'autodétermination modérément bas ou bas.

Tableau 38: Adultes fortement en accord ou en accord avec divers énoncés concernant l'autodétermination

Énoncés	% d'adultes fortement en accord / en accord
Je peux régler mes problèmes	77,9%
Personne ne me bouscule dans la vie	75,5%
Je maîtrise les événements qui surviennent dans ma vie	73,5%
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	79,6%
Je me sens souvent démun(e) devant les problèmes de la vie ¹²	27,2%
Ce qui m'arrive dans l'avenir dépend en grande partie de moi	79,3%
Il y a peu de choses que je peux faire pour changer les choses importantes de ma vie ¹²	28,0%

¹² Être en désaccord avec cet énoncé se révèle en fait une réponse positive en terme d'indice d'autodétermination.

La seule différence notable avec les adultes vivant dans les communautés est que 48,8% de ces derniers sont en accord avec l'idée qu'ils peuvent régler leurs problèmes, contre 39,6% des répondants vivant hors communauté en milieu urbain.

4.3.6.4 Racisme

39,6% des répondants adultes affirment avoir été victimes de racisme au cours des 12 mois précédant l'enquête, contre 28,3% des adultes vivant dans les communautés. Parmi les adultes ayant été victimes de racisme, la moitié de ces derniers a déclaré que cela n'avait eu aucun ou peu d'effet sur son estime personnelle, comparativement à 60,7% des adultes vivant dans les communautés.

À l'instar de la situation dans les communautés, les hommes sont plus nombreux (43,3%) à avoir été victimes de racisme que les femmes (38,4%), et ce racisme s'avère légèrement plus prononcé à Montréal (plus d'une personne sur trois) qu'à Québec (moins d'une personne sur trois).

4.3.6.5 Agents de support

L'enquête révèle que 32,8% des répondants adultes se sont sentis déprimés durant deux semaines ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête (39,2% dans les communautés). À l'inverse de ce que l'on retrouve dans les communautés, la proportion d'hommes est supérieure à celle des femmes. De plus, les répondants de Montréal sont plus nombreux à avoir vécu une période de déprime (un peu plus du tiers) que les répondants de Québec (plus du quart). Enfin, le tiers des 18 à 54 ans s'est senti déprimé, contre moins du quart des 55 ans et plus.

L'enquête a documenté les différents agents de support auxquels les adultes peuvent avoir recours en cas de problèmes personnels. Les principaux résultats démontrent que :

- 82,1% des répondants peuvent compter sur leurs amis ou des membres de leur famille;
- 39,6% peuvent compter sur des professionnels de la santé;
- 42,5% peuvent compter sur des professionnels de la santé mentale ou des intervenants sociaux.

Le tableau 39 précise ces résultats en présentant les différents agents de support pour les adultes vivant hors communauté en milieu urbain et ceux vivant dans les communautés. On remarque que les répondants vivant hors communauté en milieu urbain obtiennent des proportions plus importantes d'accès à ces agents de support, comparativement aux adultes vivant dans les communautés.

Tableau 39: Adultes ayant accès à des agents de support selon le lieu de résidence (12 mois précédant l'enquête)

Agents de support	Hors communauté en milieu urbain	Dans les communautés
Ami	70,3%	57,3%
Membre de la famille immédiate	61,8%	55,8%
Autre membre de la famille	48,5%	40,2%
Travailleur social	25,1%	12,8%
Psychologue	20,2%	16,4%
Médecin de famille	20,6%	26,3%
Conseiller	18,0%	9,6%
Guérisseur traditionnel	16,2%	8,8%
Infirmière	15,7%	23,0%
Représentant en santé communautaire	12,8%	15,9%
Psychiatre	8,6%	5,1%
Ligne d'écoute téléphonique	7,5%	#

De plus, les résultats démontrent que les hommes se confient en plus grand nombre à des proches (ami, famille, médecin de famille) que les femmes, lesquelles se tournent en plus grand nombre vers les

infirmières, les travailleurs sociaux, les lignes d'écoute téléphonique et les guérisseurs traditionnels. On remarque que le recours aux guérisseurs traditionnels et aux infirmières augmentent généralement avec l'âge.

On observe enfin que les répondants de Montréal sont ceux qui se confient en moins grand nombre alors que ceux de Val d'Or sont ceux qui se confient le plus. Les seules exceptions à ce constat sont que les répondants de Montréal consultent davantage les infirmières, alors que les travailleurs sociaux et la ligne d'écoute semblent moins populaires à Québec que dans les deux autres villes.

4.3.6.6 Suicide

59,4% des répondants hommes et 51,6% des répondantes femmes vivant hors communauté en milieu urbain ont déjà pensé au suicide dans leur vie, ce qui représente des écarts considérables par rapport aux proportions observées dans les communautés (38,7% des hommes et 39,2% des femmes). Les jeunes adultes y ont déjà pensé en plus grand nombre, soit 62,3% des 18 à 34 ans (50,5% dans les communautés) et 48,6% des 35 à 54 ans (38,9% dans les communautés). Rappelons que tous les résultats hors communauté en milieu urbain ne sont pas représentatifs de l'ensemble des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain et ne sont applicables qu'aux répondants.

Près d'un adulte sur dix a pensé au suicide alors qu'il avait moins de 12 ans (plus d'un homme sur dix et plus d'une femme sur vingt); le tiers y a pensé entre 12 et 17 ans (42,5% des hommes et plus du quart des femmes) et le quart y a pensé à l'âge adulte (18 ans et plus).

L'enquête révèle que le quart des adultes a fait une tentative de suicide au cours de sa vie, soit près du tiers des hommes et près du quart des femmes, alors que, dans les communautés, on observe que près d'un adulte sur cinq a tenté de se suicider au cours de leur vie. Les proportions diminuent avec l'âge, passant du tiers chez les 18 à 34 ans à une personne sur cinq chez les 35 à 54 ans et à plus d'une personne sur dix chez les 55 ans et plus. Même constat chez ceux ayant songé au suicide dans la dernière année, passant d'un répondant de 18 à 34 ans sur dix à aucun aîné.

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, plus d'un adulte sur vingt a pensé au suicide (davantage de femmes que d'hommes), alors que près du quart des adultes a connu un ami ou un membre de sa famille qui s'est suicidé. Des proportions semblables ont été observées dans les communautés des Premières Nations.

63,4% des répondants de Montréal ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie, contre 45,3% des répondants de Québec. Environ un répondant de Montréal ou de Québec sur vingt a pensé au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, contre plus d'un répondant de Val d'Or sur dix.

Le tableau 40 présente différentes sources de soutien dont peuvent disposer les répondants. Précisons que les femmes sont généralement plus nombreuses à pouvoir compter en tout temps sur ces différents supports, à l'exception de quelqu'un avec qui avoir du bon temps, où les hommes sont plus nombreux. Ces pourcentages tendent également à diminuer avec l'âge. Les répondants adultes de la ville de Québec arrivent au premier rang quant à la proportion d'adultes ayant accès à du soutien, suivi des adultes de Val d'Or, puis de ceux de Montréal.

Tableau 40: Fréquences des sources de soutien disponibles

Sources de soutien	Tout le temps	La plupart du temps
Personne de confiance pour parler quand le besoin se fait sentir	57,8%	22,4%
Personne de confiance quand vous avez besoin d'aide	57,1%	22,0%
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin	49,6%	23,1%
Quelqu'un qui vous démontre de l'amour et de l'affection	55,2%	23,5%
Quelqu'un qui permet de prendre une pause dans la routine	36,9%	21,6%
Quelqu'un avec qui avoir du bon temps	51,1%	31,0%
Un confident, personne à qui parler de vous ou de vos problèmes	54,5%	24,6%
Quelqu'un avec qui faire des choses agréables	46,3%	32,8%

Les répondants vivant hors communauté en milieu urbain sont plus nombreux que les adultes des communautés à pouvoir compter tout le temps sur une personne de confiance pour parler ou lorsqu'ils ont besoin d'aide. Par contre, les résidents des communautés sont plus nombreux à pouvoir compter sur quelqu'un pour les conduire chez le médecin ou pour leur démontrer de l'amour et de l'affection en tout temps.

4.3.6.7 Problèmes sociaux dans l'entourage du répondant

Les répondants devaient évaluer si divers problèmes sociaux étaient présents dans leur famille au cours des 12 mois précédant l'enquête, et si oui, s'ils s'agissaient de problèmes mineurs ou majeurs. Ces résultats, bien que très peu soient valides sur le plan statistique, démontrent que les adultes vivant dans les communautés sont en général plus nombreux à percevoir des problèmes familiaux, comparativement aux adultes vivant hors communauté en milieu urbain.

4.4 Conclusion de la section des adultes (18 ans et plus)

Dans le cadre de cette enquête, nous avons poursuivi l'étude de 1997 sur la santé des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain. Il est toutefois difficile de comparer directement certains résultats avec l'enquête de 1997 puisque bon nombre de questions n'ont pas été abordées de façon semblable. De plus, l'échantillon de 1997 ne rassemblait que des membres des Premières Nations vivant à Montréal.

Profil démographique

- ◆ La moitié des répondants adultes rencontrés dans les villes de Montréal, Québec et Val d'Or sont âgés entre 18 et 34 ans, alors que moins d'un dixième sont âgés de 55 ans et plus. Près des deux tiers comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations. Ils sont légèrement moins nombreux que les adultes vivant dans les communautés à pouvoir la ou les parler.
- ◆ Plus de la moitié des répondants étaient célibataires au moment de l'enquête.
- ◆ Près de la moitié des répondants n'a pas complété leurs études secondaires, ce qui représente une situation quasi similaire à ce que l'on retrouve dans les communautés. On remarque également que les membres des Premières Nations vivant dans les communautés sont légèrement mieux équipés en terme de téléphonie avec services, d'ordinateur, et de connexion Internet que ceux vivant hors communauté en milieu urbain.
- ◆ 61,9% des répondants adultes étaient sans emploi au moment de l'enquête et 49,6% avaient une source de revenu provenant du gouvernement. Un couple sur quatre, ayant au moins un enfant, vivait sous le seuil de la pauvreté au moment de l'enquête.

État de santé

- ◆ 58,2% des femmes de l'échantillon souffrent d'embonpoint ou d'obésité, à l'instar de 54,5% des hommes. Toutefois, 47,8% des répondants déclarent qu'en général, leur état de santé est excellent ou très bon, alors que 36,6% l'estiment bon.
- ◆ Près de la moitié des répondants est atteinte d'au moins un problème médical. Parmi ces derniers, plus du tiers sont affectés par trois problèmes ou plus. Les répondants de Montréal sont en général les plus touchés. Également, les problèmes musculo-squelettique et respiratoires sont les plus répandus chez les adultes atteints de problèmes médicaux. Plus d'un répondant sur cinq connaît d'ailleurs des limitations dues à des problèmes de santé physique ou mentale.
- ◆ Les femmes de l'échantillon vivant hors communauté en milieu urbain, à l'instar de celles vivant dans les communautés, semblent plus nombreuses à consommer des médicaments non prescrits (analgésiques, vitamines, produits naturels, sirop, somnifères, etc.).
- ◆ 69,7% des femmes ont déjà donné naissance à un enfant. Durant leur grossesse, 57,4% d'entre elles n'ont bu aucune boisson alcoolisée, bière ou vin. Environ les trois quarts des répondants pensent avoir les connaissances adéquates à propos du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et des effets de l'alcoolisation fœtale (EAF) et savent comment obtenir de l'information sur le sujet.
- ◆ Il semblerait que les gens séparés de leur communauté cherchent davantage à entrer en contact avec des éléments de leur culture; en effet, alors que 55,9% des adultes vivant hors communauté en milieu urbain ont consulté un guérisseur traditionnel dans les 12 mois précédant l'enquête, seulement 9,9% des adultes vivant dans les communautés affirment la même chose.
- ◆ Un peu moins de la moitié des répondants considère qu'elle a le même niveau d'accessibilité aux services de santé que les Canadiens en général, résultat similaire à ce que l'on retrouve dans les communautés (45,0%). Plus du quart jugent qu'ils ont une meilleure accessibilité. Néanmoins, 57,7% des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain ont rencontré au moins un obstacle pour recevoir des soins de santé dans les 12 mois précédant l'enquête. L'obstacle le plus fréquemment mentionné est le fait que les listes d'attente soient trop longues.
- ◆ Quant aux services de soins de santé offerts par Santé Canada, par l'entremise du Programme des services de santé non assurés (SSNA), le tiers des répondants a rencontré des difficultés d'accessibilité.
- ◆ Enfin, on constate qu'hormis l'examen physique complet, les répondants vivant dans les communautés sont généralement plus nombreux à passer divers types d'examens médicaux.
- ◆ Au moment de l'enquête, 33,0% des répondants avaient reçu des soins dentaires moins de six mois auparavant. À l'instar des résultats dans les communautés, près d'une personne sur cinq a rencontré des obstacles pour recevoir ces soins. Les principaux obstacles sont le fait que les services soient non couverts par le Programme des SSNA et l'impossibilité d'assumer les coûts directs des soins.
- ◆ Les trois quarts des adultes rencontrés ont affirmé nécessiter des soins dentaires, plus de quatre sur cinq d'entre eux nécessitant un entretien.

Style de vie

- ◆ 44,0% des répondants vivant hors communauté en milieu urbain considèrent leur régime alimentaire toujours ou presque toujours équilibré et nutritif, alors que 41,4% disent qu'il l'est parfois. En comparant les résultats entre les individus vivant dans les communautés et hors communauté en milieu urbain, il ressort que ces derniers semblent faire de meilleurs choix en ce qui a trait à leur régime alimentaire.

- ◆ Les répondants vivant hors communauté en milieu urbain seraient cependant moins actifs que ceux vivant dans les communautés, car 66,5% de ces derniers pratiqueraient quatre types d'activités physiques et plus, comparativement à 50,5% des adultes vivant hors communauté en milieu urbain. Les femmes semblent diversifier davantage leurs activités. Quant aux jeunes adultes, ils sont plus nombreux à pratiquer chacune des activités proposées dans l'enquête, hormis la pêche, le canot et la raquette, où les 55 ans et plus sont plus nombreux à les pratiquer. Enfin, 53,1% des répondants pratiqueraient de une à trois activités physiques qui accélèrent généralement le rythme cardiaque par semaine.
- ◆ Les répondants considérant les événements culturels traditionnels très importants dans leur vie s'adonnent dans de plus fortes proportions à la chasse / piégeage, à la pêche et au canot comparativement à ceux qui accordent peu d'importance à ces événements.

Tabac, alcool et drogues

- ◆ La proportion de fumeurs s'avère plus importante chez les répondants vivant hors communauté en milieu urbain (63,4%) que chez ceux vivant dans les communautés (55,0%). Les deux tiers des 18 à 54 ans fument, alors que plus des trois quarts des 55 ans et plus sont non fumeurs. La moitié des fumeurs fume en moyenne plus de dix cigarettes par jour et 81,2% des fumeurs fument à tous les jours (79,4% dans les communautés). La moitié d'entre eux a tenté de cesser de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, 58,5% des logements n'offrent pas un environnement sans fumée.
- ◆ 80,8% des adultes ont bu de la bière, du vin, des spiritueux ou autres boissons alcoolisées au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi- ceux-ci, 39,2% en ont bu au moins deux à trois fois par semaine. Le quart des répondants a déjà été traité pour abus d'alcool.
- ◆ 51,3% des répondants ont consommé de la marijuana dans les 12 mois précédant l'enquête, ce qui représente le double des consommateurs que l'on retrouve dans les communautés. 57,8% des répondants ont fait usage d'au moins une autre drogue non prescrite dans les 12 mois précédant l'enquête, soit légèrement moins que chez les adultes vivant dans les communautés (62,3%). Bien que moins d'un adulte sur cinq ait déjà été traité pour abus de drogues, il s'agit de près du double des adultes traités vivant dans les communautés.
- ◆ Enfin, 88,9% des agressions physiques sont reliées à la consommation d'alcool ou de drogues, comparativement à 55,0% dans les communautés.

Sexualité

- ◆ Alors que 78,9% des répondants étaient actifs sexuellement au moment de l'enquête, 85,6% ont eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. Il s'agit d'une proportion légèrement plus élevée que celle observée dans les communautés. Le condom étant la méthode de contraception la plus utilisée (51,8% des adultes hors communauté en milieu urbain contre 42,2% dans les communautés). Pour se protéger des MTS, 48,6% utilisent un condom toujours ou la plupart du temps, alors que 44,0% ne l'utilisent jamais, les deux tiers d'entre eux étant avec un partenaire régulier.

Pensionnats autochtones

- ◆ Un peu moins d'un répondant sur cinq vivant hors communauté en milieu urbain a fréquenté un pensionnat autochtone; cette proportion correspond à ce que l'on retrouve dans les communautés (17,0% des adultes). On remarque également que les répondants hors communauté en milieu urbain ont davantage souffert ou ont eu davantage de difficultés à gérer leur expérience au pensionnat comparativement aux adultes qui vivent dans les communautés. On observe que les répondants séparés de leur communauté semblent chercher davantage à entrer en contact avec des éléments de leur culture autochtone. En effet, ils accordent une plus grande importance aux événements culturels et à la spiritualité traditionnelle que les adultes vivant dans les communautés.

Agents de support

- ◆ L'enquête révèle que les hommes se confient en plus grand nombre à des proches (ami, famille, médecin de famille) que les femmes, lesquelles se tournent en plus grand nombre vers les infirmières, les travailleurs sociaux, les lignes d'écoute téléphonique et les guérisseurs traditionnels.
- ◆ De plus, 39,6% des adultes ont été victimes de racisme au cours des 12 mois précédant l'enquête, contre 28,3% dans les communautés.
- ◆ Enfin, 59,4% des hommes et 51,6% des femmes vivant hors communauté en milieu urbain ont déjà pensé au suicide dans leur vie, ce qui représente des écarts considérables avec la situation dans les communautés (38,7% des hommes et 39,2% des femmes).

Note finale

Le Rapport sur la santé des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain a été réalisé à partir d'un échantillon de répondants majoritairement recrutés dans les Centres d'amitié autochtones de Québec, de Montréal et de Val d'Or. Puisque la taille de l'échantillon n'est pas suffisamment grande et que l'échantillonnage était à participation volontaire, les résultats de recherche ne permettent pas de dresser un portrait représentatif de la santé des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain. Pour ces raisons, nous ne pouvons émettre de recommandations applicables à l'ensemble de la population à l'étude.

Bien que les résultats tracent les grandes lignes des bénéficiaires des Centres d'amitié autochtones ayant accepté de participer à l'étude, des recherches plus approfondies et plus étendues devront être menées afin de tracer un portrait global de la santé des membres des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain.

Lors de ces recherches, il sera de mise de chercher les méthodes les plus efficaces pour rejoindre les membres vivant hors communauté en milieu urbain et non pas se limiter qu'aux Centres d'amitié autochtones, où la majorité des bénéficiaires sont des demandeurs de services psychosociaux, de services de santé et d'autres services d'aide.

Bibliographie

Brant Castellano, Marlene (2004)

L'Éthique de la recherche sur les autochtones. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 98-113.

Canada (2004)

Manuel de la Classification des Bandes, Préparé et émis par la Direction de la gestion de l'information ministérielle et la Direction générale de la gestion de l'information.

Canada (2003)

Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada. Préparé par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit.

Canada (2003)

Méthodes et pratiques d'enquête. Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistiques Canada.

Canada (1999)

Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population pour la rencontre des Ministres de la santé.

CSSSPNL (2001)

First Nations Childcare Services Regional report, First Nations Early Childhood Sector.

CSSSPNQL (1999)

Enquête Médicale Régionale Portant sur la Santé des Membres des Premières Nations. Rapport final sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête médicale régionale, Région du Québec.

CSSSPNQL (1997)

Enquête Médicale Régionale Portant sur la Santé des Membres des Premières Nations. Rapport final, Saisie de l'information, Région du Québec.

Elias, B. et O'Neil, J. (2004)

Une politique de confiance et de participation : Étude de cas sur le développement des capacités des Premières Nations et des universités en matière de création de systèmes d'information sur la santé dans le contexte des Premières Nations. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 68-78.

First Nation Center of NAHO (2004)

What First Nations Think About Their Health and Health Care: Summary of findings.

First Nation Center of NAHO (2003)

Bringing Meaning to Numbers: Analysis, Interpretation and Dissemination of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey 2002-2003. Technical Proposal for 2004-05 to the First Nation and Inuit Health Branch.

First Nation and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (1999)

First Nations and Inuit Regional Health Survey. National Report.

Flaherty, D.H. (2002)

A Privacy Impact Assessment of the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Health Survey. Préparé pour le Centre des Premières Nations de l'Organisation Nationale de la Santé Autochtone.

Gilles, A. (1994)

Éléments de Méthodologie et d'Analyse Statistique pour les Sciences Sociales. McGraw-Hill, Montréal.

Goss Gilroy Inc for the FNC (2002)

Sampling Plan for the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey (RHS).

Lavoie, J.G. (2004)

Régis par contrats : Le développement des services indigènes de santé primaires au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 6-24.

Lemchuk-Favel, L. et Jock, R. (2004)

Les Systèmes de santé autochtones au Canada : Neuf études de cas. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 28-51.

Maar, M. (2004)

Préparer la voie à une prise en charge de la santé communautaire : Intégration des services de soins de santé dans un centre autochtone d'accès aux services de santé de la zone rurale du centre nord de l'Ontario. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 54-64.

Schnarch, B. (2004)

Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) ou l'autodétermination appliquée à la recherche : Une analyse critique de la recherche contemporaine des Premières Nations et quelques options à l'intention des communautés des Premières Nations. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 80-95.

Personnel impliqué dans l'ERLSPN de la région du Québec

Personnel de la CSSSPNQL

Gill, Guylaine
Directrice générale

Gros-Louis, Nadine
Coordonnatrice de la santé

Gros-Louis McHugh, Nancy
Coordonnatrice technique ERLSPN

Carbonneau, Etienne
Assistant technique à la recherche

Côté, Mathieu-Olivier
Assistant technique à la recherche

Garant, Sophie
Assistante technique à la recherche

Petitpas, Judith
Assistante technique à la recherche

Carbonnel, Gary (1994-2005)
Directeur général

Dussault, Marie-Josée
Coordonnatrice technique ERLSPN (2000-02)

Bizier, Bruno
Assistant technique à la recherche (2002)

Delisle, Sara
Assistante technique à la recherche (2004-2005)

Dickey, Daniel
Assistant technique à la recherche (2003-2005)

Giguère, Karen
Assistante technique à la recherche (2003-2004)

Lacasse, Patrice
Assistant technique à la recherche (2002-03)

Mapitché, Johanne
Assistante technique à la recherche (2002)

Picard, Jules
Coordonnateur des stratégies et de la politique
(2003-2006)

Consultants

Dr. Thibault, Jacques
Consultant à la recherche

Simon, Linda
Consultante à la formation des intervieweurs

Paul, Martin
Consultant informatique

Tanguay, Julie
Consultante en communications

Comité de recherche

Courtois, Gilbert
Patrimoine, culture et territoire-Masteuiash

Jourdain, Nicole
Chef des infirmières autochtones

Lejeune, Pierre
Observateur pour les Cris

Martin, Carry
Association des femmes autochtones

Picard, Lison
Directrice de la santé Wendake

Picard, Richard
Directeur de la santé Wendake

Prudence, Hannis
Association des femmes autochtones

Torrie, Jill
Observatrice pour les Cris

Whiteduck, Lionel
Directeur de la santé Kitigan Zibi

Enquêteurs

Betsiamites

Ashini, Annie
Hervieux, Nina
Picard, Lauréat
St-Onge, Caroline

Eagle Village/Kipawa

Moore Fortin, Noella

Essipit

Jean, Stéphanie
Ross Proulx, Jocelyne

Gesgapegiag

Douglas Martin

Kanesatake

Filipelli, Dina
Harding, Diane
Lamouche, Michel
Meilleur, Patricia
Nicholas, Wendy
Pilon Oke, Diane

Kawawachikamach

Shecanapish, Joseph
Uniam, Rebecca
Vachon, Sheyenne

Kitigan Zibi

Miljour, Angela
Whiteduck, Carole

Lac Simon

Aneshenapeo, Simon
Papatie, Marie-Josée
Cheezo, Shirley

Listuguj

Burnaby, Karen
Metallic, Kita
Metallic, Rose-Marie
Michel, Brandon

Malécites de Viger

Jenniss, Dave
Nicholas, Annie
Nicholas, Françoise
Perron, Diane

Manawan

Moar, Franco
Ottawa, Dorian
Ottawa, Jeffrey
Quitish, Florian

Mashteuiatsh

Benjamin Courtois, Pierrette
Benjamin, Paul
Larouche, Pierre
Launière, Annie
Raphaël, Élisabeth
Raphaël, Linda
Robertson, Nadia

Natashquan

Malec, Agnes
Mestenapeo, Lyne
Shipatawao, Dolorès
Wapistan, Estelle
Wapistan, Nicole

Odanak

Watso, Thérèse

Opitciwan

Awashish, André
Awashish, Jean-Guy
Awashish, Louise Denise
Chachaï, Maurice

Pakua Shipi

Bellefleur, Karine
Bellefleur, Martine

Pikogan

Kistabich, Maurice
Mckenzie, Jason
Mowatt, Salomon
Rankin, Steeve

Timiskaming

Chevrier, Christine
Chief Shelley
King, Lydia
Lavigne, Daniel

Uashat / Mani-Utenam

Rock, Silvestre
Jean-Pierre, Salvador

Unamen Shipu

Mestenapeo, Cindy

Wemotaci

Boivin, Aline
Boivin, Lucie
Petiquay, Marie-Claude

Wendake

Duchesneau, Nancy
Gagné, Nathalie
Gros-Louis, Louise
Laframboise, Johanne
Picard, Thérèse
Picard, Valérie
Savard, Diane
Sioui, Sonia

Wôlinak

Deshaies, Liliane

Wemindji

Georgekish, Dorene
Visitor, Ella

Whapmagoostui

Masty, Charlotte
Sheshamush, Virginia

Nemiscau

Brown, Lyndsay
Joly, Carolina

Sheshatshiu

Fidler, Barbara
Grégoire, Winnie
Hart, Paulette

Québec

Fontaine, Bernadette
McKensie, Audrey-Lise
Plante, Élise
Régis, Victoria
Riverin, Linda
Savard, Diane
Sioui, Gilbert

Montréal

Crane, Tatum
Cardoso, Tartiana
Gockey, Marie
Picard, Doreen
Crane, Brenda
Rousseau, Julie

Val d'Or

Kistabish, Oscar



**COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR**

**FIRST NATION OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION**

CSSSPNQL/FNQLHSSC 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone: (418) 842-1540 Télécopieur/Fax: (418) 842-7045
www.cssspnql.com